

Al Dirigente Scolastico

La/il sottoscritta/o ..... in servizio presso la  
 scuola dell'infanzia/primaria/scuola secondaria primo grado in qualità di.....

- docente a tempo determinato  
 docente a tempo indeterminato

ha necessità di assentarsi il \_\_\_\_\_ per:

- Visita specialistica  
 Analisi cliniche

Orario di servizio: \_\_\_\_\_

**pertanto CHIEDE**

- Permesso breve dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_, da recuperare su indicazione  
 dell'Amministrazione  
 Permesso retribuito per motivi personali/familiari  
 Malattia\*

\* Nel caso di richiesta di assenza con tipologia: " malattia ", il sottoscritto in base all'art.76 del D.P.R. 28/12/200 n. 445, consapevole delle pene stabilite per le false attestazioni e mendaci dichiarazioni, previste dal Codice Penale e dalle leggi speciali in materia, sotto la propria responsabilità

**DICHIARA:**

- a) che non è stato possibile prenotare al di fuori dell'orario di servizio.  
 b) che la prenotazione è prevista per le ore \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

Allega

- dichiarazione di effettuata visita/analisi cliniche rilasciata da una struttura pubblica nel giorno richiesto con indicazione dell'orario in cui è avvenuta la prestazione  
 dichiarazione di effettuata visita/analisi cliniche rilasciata da una struttura privata nel giorno richiesto con indicazione dell'orario in cui è avvenuta la prestazione

Milano,.....

Firma: \_\_\_\_\_

Visto:  
 Il Responsabile di Plesso

Vista l'istanza dell'interessato...**SI CONCEDE**

**IL DIRIGENTE SCOLASTICO**  
 (Milca Fiorella Granese)

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "S. AMBROGIO"

