

***RICHIESTA ASSENZA PER MALATTIA DOCENTI, PER VISITE
MEDICHE, ESAMI DIAGNOSTICI E TERAPIE
(ART. 35 e 69 CCNL 2019/2021)***

Il/la sottoscritto/a _____

Docente con contratto a tempo indeterminato/determinato in servizio presso questo Istituto

– Plesso _____

CHIEDE

N. giorni _____ di malattia dal _____ al _____

N° ore _____ dalle ore _____ alle ore _____ per visita medica, esami diagnostici o terapie
presso _____

Al rientro presenterà attestazione, anche in ordine all'orario, rilasciata dal medico o dalla struttura che hanno svolto la visita o la prestazione.

Cervia, _____

firma

VISTO: Si concede / NON si concede

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof.ssa Barbara Calcagno