

MODELLO DI VISITA SPECIALISTICA

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
dell'Istituto Comprensivo n. 12
BOLOGNA

Il/la sottoscritto/a, nato/a
il in servizio presso in qualità
di,

C O M U N I C A

n. _____ giorno/i di assenza per malattia (ai sensi della C.M. 301 del 27/06/1996),
per visita specialistica presso _____ per il/i giorno/i _____ .

In base all'art. 76 del D.P.R 28/12/2000 n 445, consapevole delle pene stabilite per le false attestazioni e mendaci dichiarazioni, previste dal Codice Penale e dalle leggi speciali in materia dichiaro sotto la mia personale responsabilità:

- che è stato possibile prenotare solo in orario antimeridiano/pomeridiano in coincidenza con le ore di lavoro;
- che non è stato possibile prenotare per il giorno libero e/o in orario pomeridiano;
- che la prenotazione è prevista per le ore _____ presso _____.

Il sottoscritto si impegna a comunicare qualsiasi variazione nella prenotazione.

Il Dirigente si riserva il diritto di chiedere al/alla lavoratore/trice la certificazione rilasciata dalla struttura sanitaria/studio medico/ambulatorio analisi che non è stato possibile prenotare al di fuori delle ore di servizio.

Il/la lavoratore/trice si impegna a consegnare al rientro in servizio la certificazione della struttura sanitaria/studio medico/ambulatorio analisi specifica contenente l'indicazione dell'ora in cui è avvenuta la prestazione.

Il/la sottoscritto/a è a conoscenza di quanto disposto dall'art. 17 – Assenze per malattia – del CCNL del 30 novembre 2007 e dalla disciplina specifica contenuta nel D.L. n. 112/2008.

Bologna, _____

(il/la lavoratore/trice)

per presa visione
Il Dirigente Scolastico
(prof.ssa Filomena Massaro)
