

ACCERTAMENTO DIAGNOSTICO – VISITA MEDICA SPECIALISTA

Al Dirigente Scolastico
del IV Circolo “M. Mari” di Salerno

Il/la sottoscritt _____ nata il ____/____/____

In servizio presso la Direzione Didattica Statale 4° Circolo di Salerno con contratto di lavoro a tempo:

- Determinato
- Indeterminato

CHIEDE

- Di fruire del trattamento economico di malattia per l'effettuazione di accertamenti diagnostici ovvero di visite mediche specialistiche per il giorno ____/____/____/ presso _____ dalle ore _____ alle ore _____
- Che il controllo medico può essere eseguito solamente durante l'orario di lavoro e non anche in altri orari non lavorativi.

Al rientro il dipendente DICHIARA

- Di aver effettuato accertamento diagnostico ovvero visita medica specialistica presso _____
(specificare il luogo di effettuazione della visita, sede del centro medico)
Il giorno ____/____/____ dalle ore _____ alle ore _____

Si allega:

- Attestazione del sanitario o del centro medico riportante data, orario di effettuazione della visita e dichiarazione che la medesima poteva essere eseguita solamente durante l'orario di lavoro e non anche in altri orari non lavorativi

Data ____/____/____

Il/La dipendente

VISTO: Il Dirigente Scolastico
Prof.ssa Liliana Dell'Isola