|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | http://www.governo.it/images/stellone.gif**…………………………………………….……………………………………………..……..** |  |  |
| **UNIONE EUROPEA** | **REPUBBLICA ITALIANA** | **REGIONE LOMBARDIA** | **I.C. “DON CAMAGNI”** |
| **ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE “DON CAMAGNI”**  ***Sede legale: Via J. E R. Kennedy, 15 - 20861 Brugherio (MB)***  Tel. 039/879623 - E-mail: [mbic8aj009@istruzione.it](mailto:mbic8aj009@istruzione.it)  PEC: [mbic8aj009@pec.istruzione.it](mailto:mbic8aj009@pec.istruzione.it)  icdoncamagnibrugherio.edu.it  C.M.: MBIC8AJ009 – C.F.: 85018350158 – C.U.: UFPA9W | | | |

ALLA DIRIGENTE SCOLASTICA

IC “DON CAMAGNI”

BRUGHERIO

**OGGETTO: domanda di assenza per visite, terapie, prestazioni specialistiche, esami diagnostici-DOCENTI**

Il/la sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in servizio presso questo Istituto in qualità di docente c/o la scuola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Infanzia, Primaria, Secondaria)

di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con contratto a tempo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(indeterminato/determinato)

**COMUNICA**

la propria assenza il giorno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per effettuare:

visite, terapie, prestazioni specialistiche presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

esami diagnostici presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**per tale motivo, chiede di usufruire di**

permesso retribuito per motivi personali (ai sensi dell’art. 15 comma 2 del C.C.N.L. 2006/2009)

permesso breve (ai sensi dell’art. 16 del C.C.N.L. 2006/2009)

malattia per concomitanza con situazione di incapacità lavorativa (come da certificato medico n° prot\_\_\_\_\_\_\_\_)

**A giustificazione del permesso richiesto si riserva di produrre**

attestazione di presenza sottoscritta dal medico specialista e/o dalla struttura sanitaria attestante giorno,orario di entrata e orario di uscita della prestazione.

**Il presente documento viene inviato, previa informazione, ai responsabili di plesso per il visto di verifica.**

Brugherio\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in fede

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

si concede

non si concede

La Dirigente Scolastica

D.ssa. Daniela Vincenza Iacopino