

Al Dirigente Scolastico
del Liceo Scientifico Statale "E. Lussu"
Sant'Antioco

Oggetto: Domanda di assenza per malattia (**visita specialistica**)

__l__ sottoscritt__ _____

In servizio presso codesto Liceo in qualità di:

Docente Assistente Amministrativo Assistente Tecnico Collaboratore Scolastico

Con contratto a tempo indeterminato/determinato

CHIEDE

La concessione di gg. _____ di assenza per malattia (visita specialistica)

Dal _____ al _____.

__l__ sottoscritt__ dichiara sotto la propria responsabilità che la visita specialistica **non può essere effettuata fuori dall'orario di servizio.**

Comunica che si allontanerà dal proprio domicilio sito in via _____
_____ per visita specialistica nella fascia
mattutina dalle ore _____ alle ore _____ e che osserverà l'altra fascia oraria di
reperibilità per l'eventuale visita fiscale.

Si riserva di presentare idonea attestazione rilasciata dalla struttura privata/ASL presso la
quale effettuerà la visita specialistica.

Sant'Antioco, _____

Firma
