Al Dirigente scolastico dell’Istituto Comprensivo

di Vitulazio

l sottoscritt

in servizio presso in qualità di

COMUNICA

N° giorni di assenza per malattia (ai sensi della C.M.301 del 27/06/1996),

per visite specialistiche П prestazioni specialistiche П accertamenti diagnostici П

presso per il giorno

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

1. che è stato possibile prenotare solo in orario antimeridiano in coincidenza con le ore di lavoro;
2. che non è stato possibile prenotare nel giorno libero e/o in orario pomeridiano;
3. che la prenotazione è prevista per le ore presso che osserverà il seguente orario .

l sottoscritt si impegna a comunicare qualsiasi variazione nella prenotazione.

L a Dirigenza si riserva il diritto di chiedere al richiedente la certificazione da parte dell’ente che non è stato possibile prenotare al di fuori delle ore di servizio.

Saranno consegnate la certificazione del medico curante che attesti la giornata di cura e di riposo e la certificazione della struttura specifica contenente l’indicazione dell’ora in cui è avvenuta la prestazione.

l sottoscritt è a conoscenza dell’art. 17-Assenze per malattia- CCNL del 30 novembre 2007.

Vitulazio,

In Fede