Prot. n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Al Dirigente Scolastico

Liceo “Machiavelli”

**VISITA MEDICO SPECIALISTICO/ANALISI MEDICHE**

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

 *(cognome e nome)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a tempo indeterminato / determinato

 *(qualifica)*

in servizio presso questa Istituzione Scolastica,

**CHIEDE**

di poter usufruire dal \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_al\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per complessivi

giorni \_\_\_\_\_\_\_ di: \_\_\_ **Visita medico specialistica**

 \_\_\_ **Analisi mediche**;

**Firma del dipendente**

**Data**\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**N.B.** Tutti i tipi di permessi, ad esclusione delle ferie e l.104 , devono essere documentati.

**RISERVATO ALLA SEGRETERIA**

Vista la domanda, ritenuti validi i motivi addotti,

SI CONCEDE QUANTO RICHIESTO

**IL DIRETTORE DEI S.G.A. IL DIRIGENTE SCOLASTICO**

(Dott. Nicola Tufaro)(Prof.ssa Filomena Lanza)