

Il sottoscritt _____

nat a _____ il _____

in servizio presso la scuola _____

in qualità di _____ T.I./T.D.

CHIEDE DI POTERSI ASSENTARE PER

ASSENZA GIORNALIERA VISITA MEDICO SPECIALISTICA / ESAMI

▪ dal ___/___/___ al ___/___/___

ASSENZA ORARIA PER ESPLETAMENTO VISITA MEDICO SPECIALISTICA / ESAMI

▪ dal ___/___/___ al ___/___/___ - dalle ore ___ alle ore ___ Tot. ore ___

▪ dal ___/___/___ al ___/___/___ - dalle ore ___ alle ore ___ Tot. ore ___

▪ dal ___/___/___ al ___/___/___ - dalle ore ___ alle ore ___ Tot. ore ___

▪ dal ___/___/___ al ___/___/___ - dalle ore ___ alle ore ___ Tot. ore ___

▪ dal ___/___/___ al ___/___/___ - dalle ore ___ alle ore ___ Tot. ore ___

ASSENZA ORARIA PER MOTIVI PERSONALI / FAMILIARI

▪ dal ___/___/___ al ___/___/___ - dalle ore ___ alle ore ___ Tot. ore ___

DATA _____

FIRMA _____

Allega la seguente documentazione:

LA D.S.G.A.

Rag. Francesca Forgia

VISTO: SI CONCEDE

NON SI CONCEDE

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Dott.ssa Teresa Patrizia Paradiso