**RICHIESTA VISITA MEDICA IN ORARIO DI SERVIZIO PERSONALE ATA**

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO**

**del Liceo I. Newton Chivasso**

Il/La sottoscritto/a................................................................................................................

in servizio presso codesto istituto in qualità di ………………………………………….

  a tempo indeterminato    a tempo determinato

**CHIEDE**

 di fruire del trattamento economico di malattia per l’effettuazione di accertamenti diagnostici ovvero di visite specialistiche per il giorno / /

 di fruire di n. ore di permesso breve per visita medica

 art. 33 CCNL 2016/2018 (18 ore per anno scolastico)

**COMUNICA**

che il giorno / /

dalle ore

alle ore

effettuerà accertamento

diagnostico ovvero visita medica specialistica presso:

(specificare il luogo di effettuazione della visita, sede del centro medico)

e che il controllo medico può essere eseguito solamente durante l’orario di lavoro e non

anche in altri orari non lavorativi.

(SEGUIRA’ CONSEGNA DELLA DICHIARAZIONE DEL CENTRO).

Chivasso,

Firma

RISERVATO ALL’UFFICIO Prot. n. del / /

 CONCESSO  NEGATO Motivazione diniego/modifica:

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

 Monica Gonnelli Dott. Doriano Felletti

*Richiesta visita medica in orario di servizio* 1/1