**ISTITUTO COMPRENSIVO “GIACOMO PACCINI”**

Via Baracca, 25 – 20845 SOVICO (MB) - Tel. 039 2013458 Fax 039 9418970

C.F. 83012430159 – Codice univoco ufficio UFJ2GP

E- mail: [mbic894003@istruzione.it](mailto:mbic894003@istruzione.it) - [mbic894003@pec.istruzione.it](mailto:mbic894003@pec.istruzione.it) - [www.icpaccinisovico.edu.it](http://www.icpaccinisovico.edu.it)

Al DIRIGENTE SCOLASTICO

DELL’I.C. “PACCINI”

DI SOVICO (MB)

**Oggetto: richiesta assenze per l’espletamento di visite mediche, prestazioni specialistiche e/o esami diagnostici (art. 33/2018 CCNL)**

Il/La sottoscritto/a nato/a il

a prov. ( ) residente a

in via/piazza n. , in servizio presso “l. C. PACCINI ” di SOVICO in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con contratto a tempo ○ indeterminato ○ determinato

Consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R 28/12/2000 n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del D.P.R. del 28/12/2000 n.445; ai sensi e per gli effetti dell'art. 38 e 47 del citato D.P.R. 445/2000;

**DICHIARA**

sotto la propria responsabilità:

che l’assenza per permesso retribuito del/dei giorno/i dal …………………………….al ………………………………………

**Oppure**

Permesso breve per il giorno ………………………… dalle ore …………… alle ore ………….. Totale ore ………………….

**il seguente motivo:** ………………………………………….

 visita specialistica  terapia  prestazione specialistica  esami diagnostici

si è resa necessaria per recarsi presso l’Ente/Struttura

sito/a a in via/piazza n.

**Allegare certificato medico e/o documentazione giustificativa**

Sovico, ……………………………………………….. IL/LA DICHIARANTE

----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Visto: ○ sì concede ○ non si concede

Il DSGA IL DIRIGENTE SCOLASTICO