

Oggetto: richiesta permesso per visita medica specialistica

Il/La sottoscritto/a prof/prof.ssa _____

docente a tempo indeterminato determinato in servizio
presso questo Liceo Scientifico,

CHIEDE

ai sensi dell'art. 28, commi 2 e 6 del Contratto Collettivo Provinciale di lavoro 2006/2009 del Comparto Scuola – area del personale docente della Provincia Autonoma di Trento:

di poter fruire un permesso per visita medica specialistica di n. ore _____

- il giorno		dalle ore		alle ore	
-------------	--	-----------	--	----------	--

Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre di aver già usufruito nel corso dell'anno di n. ore _____ di permesso per visita medica specialistica.

--

Allega certificazione medico specialistica con autocertificazione del tempo viaggio:

Trento, _____
data

firma



VISTA la domanda e valutate le esigenze di servizio,
SI AUTORIZZA quanto richiesto

LA DIRIGENTE SCOLASTICA
Dott.ssa Tiziana Gulli