

*Al Dirigente Scolastico del
Istituto Comprensivo R. POIDOMANI
MODICA*

__ l __ sottoscritt _____
qualifica _____ a tempo *indeterminato/determinato* in servizio
presso questa Istituzione Scolastica (Plesso _____) nel corrente a. s. _____

chiede

alla S.V. di potersi assentare per *accertamenti clinici/esami di laboratorio*,
dalle ore _____ alle ore _____ del giorno _____

a tal fine, dichiara sotto la personale responsabilità che:

- è stato possibile prenotare solo in orario antimeridiano/pomeridiano e non è stato possibile prenotare in orario non coincidente con quello di lavoro;
- la prenotazione è prevista per le ore _____

Presenterà al rientro certificazione della struttura in cui sono stati effettuati gli accertamenti sanitari.

Modica _____

Firma _____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
(Prof.ssa Concetta Spadaro)