Al DIRIGENTE SCOLASTICO
I.I.S. "MARIO DELPOZZO"

C U N E O

Oggetto: **RICHIESTA PERMESSI PER ESPLETAMENTO DI VISITE, TERAPIE, PRESTAZIONI SPECIALISTICHE O ESAMI DIAGNOSTICI - PERSONALE DOCENTE**

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il_____ in servizio presso codesto Istituto in qualità di _____

con rapporto di lavoro a

- o **tempo indeterminato**
- o **tempo determinato**

C H I E D E

di poter usufruire di n. _____ giorni di **ASSENZA PER VISITA MEDICA**

(art. 19 comma 10 del CCNL 2006/09) dal _____ al _____

Si allegherà certificato medico.

Cuneo, lì _____

FIRMA

_____