

**MODELLO PER LA RICHIESTA DI GIORNI DI MALATTIA PER VISITE MEDICHE, PRESTAZIONI SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI.**

Al Dirigente Scolastico  
dell'I.C. Puddu

\_\_ I \_\_ sottoscritt\_\_ \_\_\_\_\_

in servizio presso questo Istituto in qualità di \_\_\_\_\_

RICHIEDE

n. \_\_\_\_\_ giorn \_\_\_\_\_ di assenza per malattia ( ai sensi della C.M. 301 del 27/06/1996 )

dal ..... al ..... per **ANALISI MEDICHE / VISITE SPECIALISTICHE / ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI.**

In base all'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 N.445, consapevole delle pene stabilite per le false attestazioni e mendaci dichiarazioni, previste dal Codice Penale e dalle leggi speciali in materia dichiaro sotto la mia personale responsabilità:

- **che è stato possibile prenotare solo in orario coincidente con l'orario di servizio;**
- **che la prenotazione è prevista per le ore .....**  
**presso .....**

La Dirigenza si riserva il diritto di chiedere al dipendente l'attestazione da parte della struttura sanitaria che non è stato possibile prenotare al di fuori del proprio orario di servizio.

Il dipendente dovrà consegnare l'attestazione della struttura sanitaria contenente non solo il **giorno della prestazione** ma anche **l'orario di svolgimento**. Nel caso in cui tale attestazione **non copra tutto l'orario di servizio**, il dipendente consegnerà anche la certificazione del **medico che attesti la giornata di cura e riposo**.

Prato, \_\_\_\_\_

Il richiedente

\_\_\_\_\_