



PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

Struttura 3095 ISTITUTO COMPRENSIVO CAVALESE

Dislocazione

Data, _____

OGGETTO: RICHIESTA PERMESSO VISITA MEDICA SPECIALISTICA

Il sottoscritto _____ matr.

chiede permesso per visita medica specialistica - Codice **16**

il giorno numero ore/minuti ,

dalle ore , alle ore ,.

Il sottoscritto dichiara inoltre di aver già usufruito nel corso dell'anno numero ore/minuti , di permesso per visita medica specialistica.

Allega certificazione medico specialista con autocertificazione eventuale tempo viaggio.

FIRMA DEL DIPENDENTE

IL DIRIGENTE*

*o coordinatore pedagogico (scuole infanzia)