

Al Dirigente Scolastico
C. P. I. A. Napoli Città 2
NAPOLI

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a nel comune
di _____ il giorno _____, in servizio presso
codesta Istituzione in qualità di _____ a tempo _____

CHIEDE la concessione/comunica

n° _____ dal _____ al _____.

in conto: _____

In caso di **visita specialistica durante l'orario di servizio**, indicare «**VISITA SPECIALISTICA**» nel riquadro «**REPERIBILITA**» e allegare certificazione in originale, regolarmente sottoscritta della struttura o del sanitario **completa di data e orario della visita**

Napoli, _____

il dichiarante

Nota: I permessi vanno documentati. Le assenze per malattia vanno certificate dal medico o dalla struttura sanitaria.

La certificazione di ricovero ospedaliero o strutture private (da allegarsi obbligatoriamente) deve riportare esplicitamente la specifica di «Ricovero Ordinario», «Ricovero Programmato», «Pronto Soccorso», «Day Hospital», «Day Surgery». L'assenza di una di tali diciture (o comunque, ove la dicitura non espliciti il caso di ricovero rientrante nelle predette categorie) qualificherà l'assenza come semplice malattia.

NON COSTITUISCE RICOVERO IL CASO DI VISITA AMBULATORIALE (ANCHE SE VISITA SUCCESSIVA AD INTERVENTO O PROPEDEUTICA ALLO STESSO)

L'infortunio per **causa di servizio** è soggetto al riconoscimento preventivo da parte dell'amministrazione, esperite le formalità richieste dalla commissione medica di verifica.

Reperibilità durante la malattia: COMUNE DI _____,

Via _____ CAP _____

Telefono _____ Cellulare _____

email _____

PEC _____

Controllo Adetto Assenze	Nulla Osta D.S.G:A. Pers. ATA	Decisione Dirigente
Ferie/Permessi analoghi fruiti nel periodo: _____	<input type="checkbox"/> Parere favorevole <input type="checkbox"/> Parere contrario <input type="checkbox"/> Carenza Requisiti	<input type="checkbox"/> Si concede/attribuisce <input type="checkbox"/> Non si concede/attribuisce <input type="checkbox"/> Improcedibile: carenza requisiti
Protocollo		