

**Al Dirigente Scolastico  
dell'ISTITUTO COMPRENSIVO  
di  
MONTECHIARUGOLO (PR)**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

in servizio presso questo Istituto Comprensivo nel plesso di \_\_\_\_\_

con la qualifica di \_\_\_\_\_ con posizione giuridica a tempo indeterminato / a tempo determinato

**C H I E D E**

alla S.V. di poter usufruire di n° \_\_\_\_\_ giorno/i di malattia per visita medica \_\_\_\_\_,

in data \_\_\_\_\_.

Allega la seguente documentazione: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_.

Reperibilità: \_\_\_\_\_.

(indirizzo e n° di telefono)

*Il sottoscritto dichiara che la suddetta visita medica non può essere effettuata in orari e giorni diversi da quelli indicati.*

Basilicogiano, \_\_\_\_\_

(data)

\_\_\_\_\_

(firma)

**VISTO,  
IL DIRIGENTE SCOLASTICO  
*dott.ssa Marianna Rusciano***