

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

Il/La sottoscritto/a _____,

in servizio presso questo Istituto Comprensivo _____,
- scuola media
- scuola elementare plesso di _____,
- scuola materna

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)

ISTITUTO COMPENSIVO di MONTECHIARUGOLO (PR)

Prot. _____ / _____ del _____