



Struttura ISTITUTO COMPRENSIVO MORI
Dislocazione Via Giovanni XXIII, 64 – 38065 Mori Cod. S 1 2 7

Data _____

OGGETTO: **RICHIESTA PERMESSO VISITA MEDICA SPECIALISTICA**

Il sottoscritto _____ matr.

--	--	--	--	--

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

dal giorno

--	--

--	--

--	--	--	--

 Numero ore/minuti

--	--	--	--

dalle ore

--	--	--	--

 alle ore

--	--	--	--

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

Allega certificazione medico specialista con autocertificazione eventuale tempo viaggio.

FIRMA DEL RICHIEDENTE

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof. Giovanni Kral



AL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof. Giovanni Kral

Il sottoscritto _____ matr.

--	--	--	--	--

Recatosi il giorno _____ presso _____

DICHIARA

di aver impiegato:

dalle ore

--	--	--	--

 alle ore

--	--	--	--

 tot. ore/minuti

--	--	--	--

 per il viaggio di **andata** e

dalle ore

--	--	--	--

 alle ore

--	--	--	--

 tot. ore/minuti

--	--	--	--

 per il viaggio di **ritorno**

dalle ore

--	--	--	--

Data _____

FIRMA DEL RICHIEDENTE
