

AL  
DIRIGENTE SCOLASTICO  
DELL'ISTITUTO COMPRENSIVO DEL CHIESE

**OGGETTO: RICHIESTA DI PERMESSO PER VISITA MEDICA SPECIALISTICA**

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_ assunto/a con  
contratto di lavoro a tempo determinato / indeterminato in servizio presso la scuola  
primaria/secondaria di I grado di \_\_\_\_\_

**c h i e d e**

di potersi assentare per poter effettuare una **visita medica specialistica** presso

\_\_\_\_\_ il giorno \_\_\_\_\_ dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_. (*orario visita  
compreso il tempo viaggio*).

Dichiara che tale richiesta **comprende** il tempo occorrente per i **viaggi di andata e ritorno**  
(se in servizio) che è di: \_\_\_\_\_ ore \_\_\_\_\_ minuti.

**A tal fine allegherà la documentazione rilasciata dalla struttura o medico.**

N.B.: I permessi complessivamente non possono eccedere il rispettivo orario settimanale di insegnamento comprendendo a tal fine anche le assenze per permessi brevi.

data \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

-----  
VISTO

IL DIRIGENTE SCOLASTICO  
prof. Romeo Collini