

**MODELLO PER LA RICHIESTA DI GIORNI DI MALATTIA PER VISITE MEDICHE, PRESTAZIONI SPECIALISTICHE  
E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI**

**Al Dirigente Scolastico**  
dell'ICS "Filippino Lippi"

Il/la Sottoscritto/a \_\_\_\_\_ in servizio presso questo  
Istituto in qualità di \_\_\_\_\_ c/o plesso \_\_\_\_\_

**RICHIEDE**

\_\_\_\_\_ giorn\_\_\_\_\_ di ASSENZA per MALATTIA (ai sensi della CM 301 del 27/06/1996) dal  
\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per ANALISI MEDICHE/VISITE SPECIALISTICHE/ACCERTAMENTI  
DIAGNOSTICI dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

In base all'art 76 del DPR 28/12/2000 nr. 445, consapevole delle pene stabilite per le false attestazioni e mendaci dichiarazioni, previste dal Codice Penale e dalle leggi speciali in materia, **DICHIARO** sotto la mia personale responsabilità:

- **che è stato possibile prenotare solo in orario coincidente con l'orario di servizio;**
- **che la prenotazione è prevista per le ore \_\_\_\_\_ presso**  
\_\_\_\_\_

La Dirigenza si riserva il diritto di chiedere al dipendente l'attestazione da parte della struttura sanitaria che non è stato possibile prenotare al di fuori del proprio orario di servizio.

Il dipendente dovrà consegnare l'attestazione della struttura sanitaria contenente il giorno della prestazione e dell'orario di svolgimento. Nel caso in cui tale attestazione **non copra tutto l'orario di servizio**, il dipendente consegnerà anche la **certificazione del medico che attesti la giornata di cura e riposo**.

Prato, \_\_\_\_\_

IL RICHIEDENTE

\_\_\_\_\_