L I C E O " G I O R D A N O   B R U N O "
Via G. Marinuzzi, 1   10156   TORINO
tel 011 2624884 /fax 011 2621682
e-mail: *giordanobruno@gbruno.com*
pec: *tops22000x@pec.istruzione.it*
http://www.gbruno.it

Prot. n. _______ /B.05 del _________

Al Dirigente Scolastico
del Liceo "G. BRUNO"

Il/La sottoscritto/a.., nato/a a ....
il .... in servizio presso codesto istituto in qualità di…………………………..

☐ a tempo indeterminato ☐ a tempo determinato

CHIEDE

☐ di fruire del trattamento economico di malattia per l'effettuazione di accertamenti diagnostici ovvero di visite specialistiche per il giorno__/__/____;
☐ di fruire di n. ____ giorno/i di permesso retribuito per particolari motivi personali;
☐ di fruire di n. ____ ore di permesso breve ex art. 20 CCNL 06/07/1995;

COMUNICA

che effettuerà accertamento diagnostico ovvero visita medica specialistica presso____
(specificare il luogo di effettuazione della visita, sede del centro medico)

il giorno __/__/____ dalle ore _______ alle ore _______

☐ che il controllo medico può essere eseguito solamente durante l'orario di lavoro e non anche in altri orari non lavorativi
(SEGUIRA' CONSEGNA DELLA DICHIARAZIONE DEL CENTRO).

Torino, ________________ Firma___________________________

^^^

RISERVATO ALL'UFFICIO

☐ CONCESSO ☐ NEGATO Motivazione diniego/modifica: ___________________

IL DIRETTORE DEI S.G.A.
Alessandra MANTEGNA

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Ing. Miriam PESCATORE