ALLA DIRIGENTE SCOLASTICA
Dell'Istituto Comprensivo di Zanica

Oggetto: Dichiarazione a seguito assenza per visita specialistica

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ (____) il _____

in servizio in qualità di:

- insegnante di scuola elementare
- insegnante di scuola media
- personale A.T.A: - Direttrice dei Servizi Generali ed Amm.vi
  - Ass.te Amm.vo/a
  - Collaboratore/trice scolastico/a

a T.D./T.I. in servizio presso _____

D I C H I A R A

di essersi sottoporsi in data _____ a visita medica, la quale non poteva essere

effettuata in orario diverso da quello di servizio.

Zanica lì, _____

FIRMA

_____