



PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO



Al Dirigente
IC PREDAZZO- TESERO-PANCHIA'-ZIANO
SEDE

OGGETTO: **RICHIESTA PERMESSO VISITA MEDICA SPECIALISTICA**

Il/La sottoscritto/a _____ matricola |_|_|_|_|_|_|_|_|
assegnato/a al Servizio/Dipartimento _____

chiede

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

permesso per visita medica specialistica - Codice **1L**

il |_|_|_|_|_|_|_|_|_| numero ore/minuti |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

dalle ore |_|_|_|_|_|_|_|_|_| alle ore |_|_|_|_|_|_|_|_|_|.

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di aver già usufruito nel corso dell'anno numero ore/minuti |_|_|_|_|_|_|_|_|_| di permesso per visita medica specialistica.

Il/la sottoscritto/a dichiara che la visita medica specialistica è in deroga al monte ore annuo, sulla base di apposita autorizzazione del Servizio per il Personale.

Si allega certificazione medico specialista con autocertificazione eventuale tempo viaggio.

_____, _____

IL/LA RICHIEDENTE

Per autorizzazione IL/LA DIRIGENTE *

* O responsabile della struttura organizzativa.