

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO**

**DELL' I.S.I. DI BARGA**

\_\_l\_\_ sottoscritt\_, \_\_\_\_\_

in servizio presso \_\_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_ si dichiara assente per malattia  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per visita medica - prestazione  
specialistica - accertamenti diagnostici.

Verrà allegata certificazione medica rilasciata dalla struttura sanitaria che ha erogato la prestazione.

\_\_l\_\_ sottoscritt\_ inoltre dichiara sotto la sua personale responsabilità che la visita - la  
prestazione - l'accertamento di cui sopra non può essere effettuato/a al di fuori dell'orario di  
servizio.

Barga, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
firma

VISTO:  
IL DIRIGENTE SCOLASTICO  
(Dott. Prof.ssa Giovanna Mannelli)