



PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

Struttura **LICEO “Fabio Filzi”**

Dislocazione **ROVERETO**

Data, _____

OGGETTO: **RICHIESTA PERMESSO VISITA MEDICA SPECIALISTICA**

Il sottoscritto _____ matr.

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

il giorno numero ore/minuti

dalle ore alle ore .

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

Allega certificazione medico specialista con autocertificazione eventuale tempo viaggio.

FIRMA DEL DIPENDENTE

LA DIRIGENTE SCOLASTICA
Borgogno Norma

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
dell'ISTITUTO di ISTRUZIONE "F.FILZI"
ROVERETO

Il/la sottoscritto/a _____

recatosi il giorno _____ presso _____

DICHIARA

di aver impiegato:

- dalle ore ____ : ____ alle ore ____ : ____ (tot. ore/minuti ____ : ____) per il viaggio di **andata** e
- dalle ore ____ : ____ alle ore ____ : ____ (tot. ore/minuti ____ : ____) per il viaggio di **ritorno**.

Rovereto, _____

firma