

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO**

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

\_\_l\_\_ sottoscritt\_\_, \_\_\_\_\_  
in servizio presso \_\_\_\_\_ in  
qualità di \_\_\_\_\_ si dichiara assente per malattia a  
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