 

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

IC STRANEO

OGGETTO: Permesso per esami/ controlli prenatali /art.14.D.Lgs n. 151/2001

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ qualifica o profilo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

CHIEDE

di fruire di gg. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_di permesso per esami/controlli prenatali, come da certificato medico

allegato alla presente, dal giorno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_al giorno\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Rende noto che durante il periodo di assenza il proprio recapito è il seguente:

Città \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_tel\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ASL competente n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 IN FEDE

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Modello 6