



Struttura ISTITUTO COMPRENSIVO MORI  
Dislocazione Via Giovanni XXIII, 64 – 38065 Mori Cod. S 1 2 7

Data \_\_\_\_\_

OGGETTO: **RICHIESTA PERMESSO VISITA MEDICA SPECIALISTICA**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ matr. 

--	--	--	--	--

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

del giorno 

--	--

--	--

--	--	--	--

 Numero ore/minuti 

--	--	--	--

dalle ore 

--	--	--	--

 alle ore 

--	--	--	--

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

**Allega certificazione medico specialista con autocertificazione eventuale tempo viaggio.**

FIRMA DEL RICHIEDENTE

IL DIRIGENTE SCOLASTICO  
prof. Massimiliano Latino

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
Prof. Massimiliano Latino

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ matr. 

--	--	--	--	--

  
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**

Data \_\_\_\_\_

FIRMA DEL RICHIEDENTE

---