



## ISTITUTO SUPERIORE GALILEI CONEGLIANO

**ISTITUTO TECNICO**  
Elettronica ed Elettrotecnica – Meccanica, Meccatronica ed Energia – Grafica e Comunicazione  
**ISTITUTO PROFESSIONALE**  
Industria e Artigianato per il Made in Italy – Manutenzione e Assistenza Tecnica – Corso serale



**Il modulo deve essere inviato a: [tviss026004@istruzione.it](mailto:tviss026004@istruzione.it)**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, in servizio presso Codesto Istituto in qualità di

- ATA
- Docente incaricato a tempo indeterminato
- Docente incaricato a tempo determinato

CHIEDE alla S.V. di potersi assentare per

- visita medica
- prestazione specialistica
- accertamenti diagnostici

Da effettuarsi presso \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

Il sottoscritto comunica che usufruirà di

- permesso orario (da recuperare) dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_
- un giorno per visita medica (assimilabile alla malattia) in data \_\_\_\_\_

Allegati: \_\_\_\_\_

Conegliano, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

### RISERVATO ALLA SEGRETERIA

Nel corso dell'ultimo triennio precedente \_\_\_\_\_, il dipendente ha fruito di complessivi mesi \_\_\_ e gg. \_\_\_ di assenza per malattia.

Durante l'attuale periodo di assenza al dipendente spetta la seguente retribuzione:

- assegni INTERI
- assegni RIDOTTI al \_\_\_ %
- senza compensi accessori per gg. \_\_\_ (L. 133 del 06/08/08)
- senza assegni.

VISTO:  si prende atto

Conegliano, \_\_\_\_\_

Il Dirigente Scolastico  
Dott.ssa Maria Chiara Massenz