

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL'ISTITUTO COMPRENSIVO
DI MARTINENGO

**OGGETTO: Richiesta permesso per terapie
personale con invalidità superiore al 50% – art. 7 DL 119/2011**

__I__ sottoscritt _____

in servizio presso codesto Istituto scolastico in qualità di _____

con rapporto di lavoro a

TEMPO INDETERMINATO

TEMPO DETERMINATO

CHIEDE

di assentarsi dal servizio per terapie:

dal _____ al _____

per complessivi giorni _____

Si invierà successivamente l'attestazione comprovante l'avvenuta terapia e l'orario in cui è stata effettuata.

Allega alla presente: certificazione medica che specifichi la prescrizione delle terapie, la durata e la necessità delle cure in quanto strettamente connesse all'invalidità riconosciuta.

Martinengo, _____

(f i r m a)

VISTO: IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Iolanda Barbara Consolazione Sinatra