



Al Dirigente Scolastico
 dell'I.C.Rubiera
 Rubiera

Oggetto: Comunicazione permesso orario per visita medica/esami clinici.

Il/La sottoscritto/a _____
 nato/a a _____ il _____, in servizio presso codesta Scuola
 in qualità di _____ per le materie _____
 residente a _____ via _____ n° _____
 reperibile presso (se diverso dalla residenza): _____
 città _____ cap _____ in via _____
 tel _____ cell _____ email _____ @ _____

COMUNICA

alla S.V. di essere in assenza per:

VISITA MEDICA / ESAMI CLINICI il ____ / ____ / ____
 dalle ore _____ alle ore _____
 come da certificato medico allegato alla presente, avente prot.n° _____ del _____

Rubiera, li ____ / ____ / ____

In fede

Vista la domanda si concede non si concede

Rubiera, li ____ / ____ / ____

Il DIRIGENTE SCOLASTICO
 Dott.ssa Fiorella Magnani