

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
