



Ministero dell'Istruzione e del Merito  
Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio  
Ufficio VII - Ambito Territoriale Provincia di Frosinone  
CENTRO PROVINCIALE ISTRUZIONE ADULTI  
**8<sup>A</sup> C.P.I.A. PROVINCIA FROSINONE**

Via Pietro Mascagni, 14 – 03100 Frosinone

Sedi Associate: ANAGNI – CASSINO – PONTECORVO - SORA

Tel.: (Presidenza) 0775/265.6934-6931 – (DSGA) 0775/265.6929 – (Uffici) 0775/265.6928-6930-6933

PEO: [frmm466008@istruzione.it](mailto:frmm466008@istruzione.it) - PEC: [frmm466008@pec.istruzione.it](mailto:frmm466008@pec.istruzione.it)

Codice Meccanografico: FRMM466008 – C.F.: 92073310606

Sito web: [www.centroprovincialeistruzioneadultifrosinone.edu.it/](http://www.centroprovincialeistruzioneadultifrosinone.edu.it/)

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

**OGGETTO: richiesta permesso per visita specialistica**

Il sottoscritt \_\_\_\_\_ in servizio presso questo Istituto in qualità di \_\_\_\_\_ con contratto a tempo indeterminato/determinato,

**COMUNICA**

Ai sensi dell'art. 130 comma 1, del C.C.N.L. comparto scuola 2019/2021 sottoscritto il 18/01/2024, di assentarsi dal servizio per motivi di salute dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Visita specialistica

Presso \_\_\_\_\_  
*Specificare se trattasi di visita specialistica indicando sede in cui avviene o ricovero ospedaliero*

Il sottoscritto dichiara che la visita avverrà dalle ore \_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_ e in base all' art. 76 del DPR 28/12/2000 n. 445, consapevole delle pene stabilite per le false attestazioni e mendaci dichiarazioni, previste dal C.P. e dalle leggi speciali in materia dichiaro sotto la mia personale responsabilità :

- Che è stato possibile prenotare solo in orario antimeridiano in coincidenza con le ore di lavoro;
- Che non è stato possibile prenotare nel giorno libero e/o in orario pomeridiano;

Il sottoscritto si impegna a comunicare qualsiasi variazione nella prenotazione.

La dirigenza si riserva il diritto di chiedere al richiedente la certificazione da parte dell' ente che non è stato possibile prenotare al di fuori dell' orario di servizio.

Sarà consegnata la certificazione della struttura specialistica contenente l' indicazione dell' ora in cui è avvenuta la prestazione.

**ALLEGA o SI RISERVA DI ALLEGARE**

Certificato medico o ospedaliero

Frosinone, \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Ai sensi dell'art. 142, comma 1/e del CCNL 2019/2021, il permesso è retribuito per il contratto a tempo determinato di durata non inferiore a 6 mesi continuativi