



PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

Struttura **3200**

Dislocazione

Data, _____

OGGETTO: RICHIESTA PERMESSO VISITA MEDICA SPECIALISTICA

Il sottoscritto _____ matr.

chiede permesso per visita medica specialistica - Codice **16**

il giorno numero ore/minuti

dalle ore alle ore .

Allega certificazione medico specialista con autocertificazione eventuale tempo viaggio.

Il sottoscritto dichiara di aver impiegato per tempo viaggio.

FIRMA DEL DIPENDENTE

IL RESPONSABILE AMMIN.VO
dott.ssa Loredana Bondi

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
dott.ssa Paola Bortolotti
