

AL DIRETTORE
CONSERVATORIO DI Musica "F. Torrefranca"
89900 Vibo Valentia

OGGETTO: domanda di assenza per visite, terapie, prestazioni specialistiche, esami diagnostici

Il/la sottoscritto/a _____

in servizio presso questo Istituto in qualità di _____

con contratto a tempo _____

(indeterminato/determinato)

COMUNICA

la propria assenza il giorno _____ per:

visite, terapie, prestazioni specialistiche

esami diagnostici

per tale motivo, chiede di usufruire di

permesso retribuito *(ai sensi dell'art. 51 del C.C.N.L. 2016/2018)*

permesso breve

malattia per concomitanza con situazione di incapacità lavorativa *(come da certificato medico)*

altro _____

(es. ore prestate in eccedenza rispetto al proprio orario di servizio)

A giustificazione del permesso richiesto si riserva di produrre

attestazione di presenza sottoscritta dal medico specialista e/o dalla struttura sanitaria attestante giorno, orario di entrata e orario di uscita della prestazione.

Vibo Valentia, _____

Vista la domanda

si esprime parere favorevole/contrario

si autorizza/non si autorizza

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott.ssa Letizia Garreffa

IL DIRETTORE
Francescantonio Pollice