|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Cognome e Nome) (qualifica)  in servizio presso codesto Istituto nel corrente anno scolastico con contratto a tempo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (ind./det.)  **CHIEDE**   |  |  | | --- | --- | | ❑ permesso visita specialistica/esami clinici | Il giorno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |   Il/La sottoscritto/a dichiara che non è stato possibile prenotare la visita specialistica/esami clinici in orario pomeridiano.  Sala Consilina, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| ***VISTO****:*  ❑ si concede  ❑ non si concede  IL DIRIGENTE SCOLASTICO  Dott.ssa Antonella VAIRO  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Prot.n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_VII.4 del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_