



PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

Struttura

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 .

Il sottoscritto dichiara inoltre di aver già usufruito nel corso dell'anno numero ore/minuti

di permesso per visita medica specialistica.

Allega certificazione medico specialista con autocertificazione eventuale tempo viaggio.

FIRMA DEL DIPENDENTE

IL DIRIGENTE*

* o coordinatore pedagogico (scuole infanzia)

ARCO _____

IL SOTTOSCRITTO

AUTOCERTIFICA IL TEMPO DI VIAGGIO:

ANDATA CON USO MEZZO PROPRIO ☐
A PIEDI ☐

DALLE ALLE

RITORNO CON USO MEZZO PROPRIO ☐
A PIEDI ☐

DALLE ALLE

FIRMA DEL DIPENDENTE
