



**Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio**

**LICEO SCIENTIFICO STATALE "GIUSEPPE PEANO"
00142 Roma - Via Francesco Morandini, 38 - XIX Distretto**

rmmps12000g@istruzione.it – e-mail:liceo@peanoroma.it- sito web: www.peanoroma.it
Tel. 06.121125725 – Fax 06.5034164 – Cod. Fiscale 80197450580

ROMA ,
PROT. N.....

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
L.S. "G. PEANO"
SEDE

OGGETTO: DOMANDA DI ASSENZA PER VISITA SPECIALISTICA / TERAPIE / ESAMI DIAGNOSTICI
(Decreto Legge n. 101 del 31/8/2013, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n.255 del 30/10/2013)

Il/la sottoscritto/a.....in servizio presso questo Istituto, in qualità di.....a tempo determinato/indeterminato, chiede di assentarsi per **visita specialistica /terapia/esami diagnostici** in data _____ presso la seguente struttura _____

A tal fine richiede:

1) **Permesso per motivi personali/familiari** (art. 15 CCNL Scuola) – 3gg l'anno

- Personale a tempo indeterminato (retribuito al 100%)
- Personale a tempo determinato (senza retribuzione)

2) **Permesso breve** (art. 16 CCNL Scuola) (Docenti fino a 18 ore l'anno per non più di metà dell'orario giornaliero di servizio)

(Personale ATA fino a 36 ore l'anno per non più di metà dell'orario giornaliero di servizio)

dalle ore _____ alle ore _____ per un totale di ore _____ da recuperare in data _____

N.B. In entrambe i casi la giustificazione dell'assenza avviene mediante attestazione redatta dal medico o dal personale amministrativo della struttura pubblica o privata che ha erogato la prestazione (attestazione di presenza). Tale attestazione potrà esser inoltrata per via telematica direttamente dal medico della struttura che eroga la prestazione oppure consegnata al dipendente il quale provvederà lui stesso a presentarla alla scuola di appartenenza. L'attestazione dovrà riportare la qualifica e la sottoscrizione del soggetto che la redige, l'indicazione del medico e/o della struttura presso cui si è svolta la visita o la prestazione, il giorno, l'orario di entrata e di uscita del dipendente dalla struttura sanitaria che ha erogato la prestazione

3) **Terapia periodica, per patologia documentata, che comporti incapacità lavorativa**
(assenza equiparata a malattia)

N.B. La giustificazione dell'assenza avverrà mediante un'unica certificazione (solo per questo caso anche cartacea) del medico curante che attesti la necessità di trattamenti sanitari ricorrenti, comportanti incapacità lavorativa secondo cicli o un calendario stabilito dal medico. La certificazione dovrà essere prodotta all'Amministrazione prima dell'inizio della terapia, fornendo il calendario previsto, seguiranno poi le singole attestazioni di presenza, dalle quali risulti l'effettuazione delle terapie nelle giornate previste.

Data _____

Firma

Visto Il Direttore S.G.A.
(Floriana Nardelli)

Si concede
Non si concede

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
(Prof.ssa Cristina Battezzati)