



ALLEGATO PERMESSO RETRIBUITO

Mod. N° MD02

Rev. 0

DICHIARAZIONE RILASCIATA I SENSI DELLA LEGGE 4 GENNAIO 1968 N. 15

Il/La sottoscritt_____

nat_ a _____ il _____

residente a _____ Via _____ n. _____

in servizio presso questo Istituto scolastico in qualità di:

docente

personale ATA

con rapporto di lavoro: tempo indeterminato

tempo determinato

DICHIARA

sotto la propria personale responsabilità quanto segue:

- di avere con _____ il seguente rapporto di parentela _____;
- di essere l'unica persona a potersi occupare della vigilanza o dell'assistenza di _____ al/alla quale risulta legata dal seguente rapporto di parentela _____;
- che la visita medica e/o l'analisi prescritta dal medico di famiglia non può essere eseguita in giornate diverse rispetto a quella indicata nella domanda;
- che la visita medica e/o l'analisi prescritta dal medico di famiglia non può essere effettuata nel giorno libero del/della docente, né di pomeriggio, né in orari diversi da quello di servizio, né in un tempo tale da consentire di richiedere un permesso orario;
- che l'orario previsto per la visita medica o l'analisi prescritta coincide con l'orario di servizio.

Il/La sottoscritt_____ si impegna a presentare tutta la documentazione richiesta dall'amministrazione e farà pertanto pervenire, all'Ufficio Amministrativo, entro 3 (tre) giorni dalla richiesta di permesso, la certificazione nella quale dovrà essere indicata la data di effettuazione della visita medica o altro con l'orario di entrata e di uscita relativo.

Voghera, _____

In fede _____