

Richiesta permesso per visita medica/ fruizione cicli di cure

Data _____

Cognome e Nome _____ Matricola _____

Nome del responsabile _____

RICHIESTA

Il sottoscritto chiede di usufruire di un permesso retribuito

✓ per il giorno dalle ore alle ore.....

✓ per la seguente motivazione:

Visita medica/esami /accertamenti NON aventi carattere ripetitivo.

Cicli di cure presso **struttura pubblica**

✓ Presso la seguente struttura _____.

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITÀ

Il sottoscritto dichiara altresì che NON è possibile usufruire della prestazione in discorso in giornata non lavorativa né al di fuori del normale orario di lavoro per le seguenti motivazioni _____

e SI IMPEGNA a produrre giustificativo concernente data e orario di effettuazione della prestazione.

Data

Firma