



PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

Istituto Comprensivo
Pergine 1
Codice identificativo: 3170

Al Dirigente Scolastico

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 specialistica con autocertificazione eventuale tempo viaggio.

IL /LA RICHIEDENTE

Per autorizzazione

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
- prof.ssa Daniela Fruet -