

Mod. TSK 12/A

Struttura

Dislocazione

Data,

OGGETTO: RICHIESTA PERMESSO VISITA MEDICA SPECIALISTICA IN DEROGA

Il sottoscritto matr.

chiede permesso per visita medica specialistica - Codice **1 L**

il giorno numero ore/minuti

dalle ore alle ore

Il sottoscritto dichiara che la visita medica specialistica è in deroga al monte ore annuo, sulla base di apposita autorizzazione del Servizio per il Personale.

Allega certificazione medico specialista con autocertificazione eventuale tempo viaggio.

IL DIRIGENTE*

FIRMA DEL DIPENDENTE

*o Responsabile della struttura organizzativa