

**Al Dirigente Scolastico  
dell'ISTITUTO  
COMPENSIVO 2  
ASTI**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

in servizio presso questo Istituto Comprensivo nel plesso di \_\_\_\_\_

con la qualifica di \_\_\_\_\_ con posizione giuridica a tempo indeterminato / a tempo determinato

**CHIEDE**

alla S.V. di poter usufruire di n° \_\_\_\_\_ giorno/i di malattia per visita medica \_\_\_\_\_,

in data \_\_\_\_\_.

Allega la seguente documentazione: \_\_\_\_\_

Reperibilità: \_\_\_\_\_  
(indirizzo e n° di telefono)

Il sottoscritto dichiara che la suddetta visita medica non può essere effettuata in orari e giorni diversi da quelli indicati.

Asti, \_\_\_\_\_  
(data)

\_\_\_\_\_  
(firma)

**VISTO,  
IL DIRIGENTE SCOLASTICO  
dott.ssa Rosa SAVARESE**