



**MIM**

Ministero dell'Istruzione  
e del Merito

**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "GIACOMO PUCCINI" - PESCAGLIA**  
**SEDE LEGALE: VIA PEDOGNA, 3 - 55064 PESCAGLIA (LUCCA)**  
**NUMERO DI CODICE FISCALE: 93003030462**  
**SEGRETERIA: TEL. 0583 359106 - FAX 0583 359512**

Mail: [LUIC823001@istruzione.it](mailto:LUIC823001@istruzione.it) - Pec: [LUIC823001@PEC.istruzione.it](mailto:LUIC823001@PEC.istruzione.it) - sito web: [www.icpescaglia.edu.it](http://www.icpescaglia.edu.it)

## COMUNICAZIONE DI ASSENZA PER VISITA SPECIALISTICA-solo personale ATA

*"Ai dipendenti ATA sono riconosciuti specifici permessi per l'espletamento di visite, terapie, prestazioni specialistiche od esami diagnostici, fruibili su base sia giornaliera che oraria, nella misura massima di 18 ore per anno scolastico, comprensive anche dei tempi di percorrenza da e per la sede di lavoro"*

Al Dirigente Scolastico

Il / la sottoscritt \_\_\_\_\_ in servizio presso l'Istituto Comprensivo  
" G. Puccini" plesso \_\_\_\_\_  
con contratto  a tempo indeterminato  a tempo determinato

### COMUNICA

di usufruire dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per complessivi giorni \_\_\_\_\_  
di usufruire dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Assenza per

Visita specialistica

in caso di visita specialistica si allega documentazione attestante l'avvenuta visita rilasciata da parte della struttura sanitaria

*Il/La sottoscritto/a dichiara di essere consapevole che la scuola può utilizzare i dati contenuti nella presente autocertificazione esclusivamente nell'ambito e per i fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione (D.L. 30.06.2003 n.196 art.23 – codice privacy)*

Si allega : \_\_\_\_\_

Pescaglia, .....

FIRMA DEL DIPENDENTE .....

Per il personale ATA:

Il DSGA

- Concede
- Non concede