



**ASSENZA PER L'ESPLETAMENTO DI VISITE, TERAPIE,
PRESTAZIONI SPECIALISTICHE O ESAMI DIAGNOSTICI**

(Art. n. 101 CCNL 18.01.2024) (max. 18 ore/anno o 3 gg/anno)

Il/la sottoscritto/a: _____ in
servizio presso _____ telefono _____ indirizzo
e-mail _____

DICHIARA

di aver effettuato:

- visite
 terapie
 prestazioni specialistiche o esami diagnostici

in data _____ dalle ore _____ alle ore _____

- di essere a conoscenza delle norme contrattuali e regolamentari interne in vigore riguardo alla fruizione di detto permesso;
- che il Responsabile della Struttura è stato avvisato:
 - con un termine di preavviso di almeno tre giorni
 - nelle 24 ore precedenti e, comunque, non oltre l'inizio dell'orario di lavoro per particolare e comprovata urgenza o necessità.

Allega attestazione di presenza redatta dal medico o dal personale amministrativo della struttura, anche privati, che hanno svolto la visita o la prestazione.

data, _____

Firma del dipendente _____