



PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

Struttura

Dislocazione

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 specialista con autocertificazione eventuale tempo viaggio.**

FIRMA DEL DIPENDENTE

IL DIRIGENTE\*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\*o coordinatore pedagogico (scuole infanzia)