



COMUNE DI COMMEZZADURA

AL SEGRETARIO COMUNALE
del COMUNE DI COMMEZZADURA
SEDE

OGGETTO: **RICHIESTA PERMESSO VISITA MEDICA SPECIALISTICA**
(Art. 43 c. 1 lettera i CCPL 2002-2005 *)

Il/La sottoscritto/a _____ matricola |_|_|_|_|_|_|_|
assegnato/a al Servizio _____

chiede

- permesso per visita medica specialistica
- permesso per cure riabilitative e terapeutiche per gravi patologie

il |_|_|_|_|_|_|_|_| numero ore/minuti |_|_|_|_|_|_|_|_|

dalle ore |_|_|_|_|_|_|_|_| alle ore |_|_|_|_|_|_|_|_|.

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di aver già usufruito nel corso dell'anno numero ore/minuti |_|_|_|_|_|_|_|_| di permesso per visita medica specialistica.

Il/la sottoscritto/a dichiara che la visita per cure riabilitative e terapeutiche E'/NON E' in deroga al monte ore annuo, sulla base di apposita autorizzazione del Segretario Comunale.

Si allega certificazione medico specialista con autocertificazione eventuale tempo viaggio.

Commezzadura, _____

IL/LA RICHIEDENTE

Per autorizzazione IL SEGRETARIO COMUNALE **

* N. 36 ore annue. Per cure riabilitative per gravi patologie il limite delle 36 ore annue può essere derogato se opportunamente documentato e autorizzato dal Segretario comunale

** O responsabile della struttura organizzativa