



**ASSENZA PER L'ESPLETAMENTO DI VISITE, TERAPIE, PRESTAZIONI
SPECIALISTICHE OD ESAMI DIAGNOSTICI
(Art. 51 CCNL del 19/04/2018) (max. 18 ore/anno o 3 gg/anno)**

Il/la dipendente: _____ in servizio presso _____

dichiara che ha effettuato:

- visite
- terapie
- prestazioni specialistiche o esami diagnostici

in data _____ dalle ore _____ alle ore _____

dichiara di essere a conoscenza delle norme contrattuali e regolamentari interne in vigore riguardo alla fruizione di detto permesso;

dichiara 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 _____