

## DOMANDA PER VISITA MEDICA/ACCERTAMENTI SANITARI

Al Dirigente Scolastico  
Istituto Comprensivo "Martin Luther King"  
PISTOIA

\_ L \_ sottoscritt\_ \_\_\_\_\_

con qualità di \_\_\_\_\_ incaricat\_ a tempo \_\_\_\_\_

chiede all S.V. di poter usufruire

per il periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ (gg. \_\_\_\_\_) per

### VISITA MEDICA/ACCERTAMENTI SANITARI

il sottoscritto, consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di false dichiarazioni, previste dall'art. 26 Legge n. 15 del 04/01/1968 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, DICHIARA l'impossibilità di effettuare tali accertamenti al di fuori dell'orario di servizio :

- PER LE CARATTERISTICHE DEGLI ACCERTAMENTI O ESAMI CLINICI
- PER IL CONTESTO ORGANIZZATIVO DEL LUOGO OVE DEVONO ESSERE SVOLTI

Pistoia, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(firma)

allegare documentazione giustificativa