



DIREZIONE DIDATTICA STATALE  
2° CIRCOLO DI LODI

All'attenzione del Dirigente Scolastico  
Dott. Rosaria Prudente  
SUA SEDE

Lì, \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a .....

assente per  visita medica;  prestazione specialistica;

accertamento diagnostico

il/i giorno/i .....

DICHIARA

sotto la propria personale responsabilità che la prestazione in questione non si poteva effettuare al di fuori dell'orario di servizio per le seguenti ragioni:

- 1.  distanza dalla sede (vedi certificazione sanitaria) e/o
- 2.  urgenza e/o improcrastinabilità (vedi certificazione sanitaria) e/o
- 3.  incompatibilità degli orari (vedi certificazione sanitaria) e/o
- 4.  altro (specificare):

.....  
.....  
.....  
.....

In fede, a dichiarazione di quanto sopra e per presa visione delle note sotto riportate

\_\_\_\_\_

NOTE DELL'AMMINISTRAZIONE SCOLASTICA PER CHI COMPILA IL SEGUENTE MODELLO :  
Cancellare la voce "vedi certificazione sanitaria" se in essa non esistono gli elementi di riscontro di quanto dichiarato (in tal caso vale semplicemente la dichiarazione personale). Si tenga comunque presente che con buona probabilità quanto previsto ai punti a) e c) si può evincere dalla stessa carta intestata della struttura o dello studio che rilascia la certificazione. L'Amm.ne Scolastica, in ogni caso, si riserva di richiedere l'integrazione della documentazione di cui sopra nel caso così volessero i superiori Organi di controllo.