

ISTITUTO COMPENSIVO DI SCUOLA MATERNA, ELEMENTARE E MEDIA

Distretto n. 33
98068 SAN PIERO PATTI (ME)

Prot. n° _____ F.p.

SAN PIERO PATTI _____

All' A.S.L.

Oggetto: RICHIESTA DI VISITA MEDICO FISCALE
(.....)

A norma delle disposizioni vigenti in materia, si prega di provvedere al controllo delle condizioni di salute del dipendente di questa Istituzione Scolastica.

DIPENDENTE: _____

TEL.

RECAPITO: _____

Al fine di accertare la sua incapacità a prestare servizio dal _____ 201__ al _____ 201__
per giorni _____ (_____).

Si rimane in attesa del referto medico.

L'IMP. RICEVENTE

DATA ORA.....