PERMESSO PER VISITA MEDICA

richiesta al datore di lavoro e attestazione di presenza

Spett.le (datore di lavoro / ufficio del personale)

Indirizzo / PEC

Oggetto: richiesta di permesso per visita medica / esame diagnostico / terapia

Il/La sottoscritto/a, dipendente (cognome e nome)

Codice fiscale

Residente in (indirizzo completo)

Telefono

Email / PEC

Reparto / ufficio

Matricola

Giorno dell'assenza

Dalle ore

Alle ore

COMUNICA che il giorno indicato dovrà assentarsi per: ☐ visita medica specialistica ☐ esame diagnostico ☐ terapia / prestazione sanitaria, che non è possibile effettuare fuori dall'orario di lavoro, e CHIEDE di fruire di: ☐ permesso per visite ed esami previsto dal contratto collettivo ☐ permesso orario / ROL / banca ore ☐ ferie

Si impegna a consegnare al rientro l'attestazione della struttura o del medico con data e orario della prestazione (art. 55-septies, comma 5-ter, D.Lgs. 165/2001 per i dipendenti pubblici).

Luogo e data

Firma del/della dipendente

ATTESTAZIONE DI PRESENZA (a cura della struttura sanitaria o del medico)

Si attesta che il/la Sig./Sig.ra sopra indicato/a si è presentato/a presso questa struttura per una prestazione sanitaria (senza indicazione della diagnosi):

Struttura / medico (nome e indirizzo)

Il giorno

Ora di arrivo

Ora di uscita

Timbro e firma della struttura o del medico: _____

Trattamento dei dati personali: i dati sono raccolti dal soggetto che riceve la dichiarazione e usati solo per il procedimento per cui viene presentata (Regolamento UE 2016/679).