



Ministero dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca
Ufficio Scolastico Regionale Per il Lazio

ISTITUTO COMPRENSIVO DI RIANO C.M.
RMIC876005 C. FIS. 97197490580
Via Giovanni XXIII 2, - 00060 Riano - tel. 06/9031042
e-mail: RMIC876005@istruzione.it PEC:
mic876005@pec.istruzione.it

ALLEGATO B

Dichiarazione visite specialistiche

AI DIRIGENTE SCOLASTICO
dell'I.C. "Riano"
Dott.ssa Daniela Librandi

Il/la sottoscritta _____
nato/a _____ il _____
residente a _____ via _____ n° _____
in servizio c/o _____

in qualità di DOCENTE

ATA

con contratto di lavoro a tempo indeterminato / tempo determinato

consapevole che in caso di falsa dichiarazione verranno applicate le sanzioni previste dal codice penale, che comporta inoltre la decadenza del beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera,

DICHIARA

Ai sensi dell'art.2 L. 4/8/68 n.15, art.3 c. 10 L. 15/3/97 n. 127, art.1, DPR 20/10/98 n. 403 art.46 DPR 445 del 28/12/2000 che la visita specialistica/ la prestazione medica può essere effettuata solo in orario di servizio in data _____

Presso _____

Via _____ n° _____

Città _____

n° di fax _____

Riano, li _____

(Firma)