



PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

Al Dirigente  
della struttura di assegnazione  
SEDE

OGGETTO: **RICHIESTA PERMESSO VISITA MEDICA SPECIALISTICA**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ matricola |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|  
assegnato/a al Servizio/Dipartimento \_\_\_\_\_

**chiede**

permesso per visita medica specialistica - Codice **16**

permesso per visita medica specialistica - Codice **1L**

il |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| numero ore/minuti |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

dalle ore |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| alle ore |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|.

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di aver già usufruito nel corso dell'anno numero ore/minuti |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| di permesso per visita medica specialistica.

Il/la sottoscritto/a dichiara che la visita medica specialistica è in deroga al monte ore annuo, sulla base di apposita autorizzazione del Servizio per il Personale.

**Si allega certificazione medico specialista con autocertificazione eventuale tempo viaggio.**

Bezzecca, \_\_\_\_\_

IL/LA RICHIEDENTE

Per autorizzazione IL/LA DIRIGENTE \*

\* O responsabile della struttura organizzativa.