



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.

Trento, _____

IL/LA RICHIEDENTE

Per autorizzazione IL/LA DIRIGENTE *

* O responsabile della struttura organizzativa.