



SCUOLA SECONDARIA DI PRIMO GRADO "TISIA D'IMERA"
CENTRO TERRITORIALE PERMANENTE - OSSERVATORIO DISPERSIONE SCOLASTICA

091-8112019 ☐ - 091-8112019 - Via del Mazziere - 90018 Termini Imerese (PA)

Pamm120001@istruzione.it - Cod. PAMM120001 - Sito : www.tisia.gov.it

Circ.n. **77**

Termini Imerese, 08/04/2014

AI DOCENTI

AL PERSONALE A T A

Oggetto : Assenze e permessi per visite, terapie, prestazioni specialistiche ed esami diagnostici.

In riferimento alle disposizioni e precisazioni in materia di assenze per visite e prestazioni specialistiche, si richiamano la C.M. n.2 del 17/02/14, la L. n.111 del 2011, il D.L. n.125/2013 e D.L. 165/01 che disciplinano le assenze e i permessi dovuti a visite e prestazioni specialistiche.

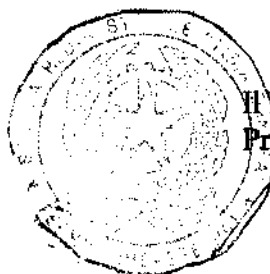
In particolare viene richiamato e precisato l'art.55,C.5 del D.L 165/01 :

"Nel caso in cui l'assenza per malattia abbia luogo per l'espletamento di visite, terapie, prestazioni specialistiche o esami diagnostici, il permesso è giustificato mediante la presentazione di attestazione, anche in ordine all'orario, rilasciata dal medico o dalla struttura, anche privati, che hanno svolto la visita o la prestazione ..."

Si fa presente che l'attestazione di presenza può essere documentata anche mediante dichiarazione sostitutiva di atto notorio (vedasi modello allegato alla presente, reperibile anche in segreteria).

In attesa di ulteriori chiarimenti e disposizioni, vale quanto espresso sopra.

Per quanto sopra l'Amministrazione dovrà attivare i necessari controlli, procedendo per l'accertamento delle responsabilità disciplinari nel caso di dichiarazioni mendaci.



Il Dirigente Scolastico
Prof. Martino Spallino

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

(rilasciata ai sensi dell'art. 47 del d.P.R. n. 445 del 28.12.2000)

Il/La sottoscritto/a _____
(cognome) (nome)

nato/a _____ () il _____
(comune di nascita) (prov.)

residente a _____ ()
(comune di residenza) (prov.)

in _____ n. _____ c.a.p. _____
(indirizzo)

documento _____ n. _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti,
richiamate dall'art. 76 del d.P.R. n. 445 del 28.12.2000

DICHIARA

che io/la stesso/a in data odierna si è recato/a

presso _____
(denominazione della struttura)

in _____ n. _____ c.a.p. _____
(località) (indirizzo)

per sottoporsi a visita/terapia/prestazione specialistica/esami diagnostici

dalle ore _____ alle ore _____

Si allega copia documento di identità

Luogo e data

Il/La Dichiarante
