

*Provincia di  
Barletta - Andria - Trani*

Al Sig. Dirigente  
del Servizio Personale  
SEDE

**Oggetto: Congedo straordinario per Visite, Terapie, Prestazioni Specialistiche od Esami Diagnostici (art. 35 CCNL 2016/2018).**

Il/la sottoscritto/a: \_\_\_\_\_, nato/a in \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ e domiciliato ai fini della visita fiscale  
in \_\_\_\_\_ alla Via \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_  
Settore \_\_\_\_\_  
Badge n. \_\_\_\_\_

**COMUNICA**

di essersi assentato dal servizio per motivi di salute il \_\_\_\_\_ dalle ore  
\_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_.

Il/la sottoscritto/a allega alla presente certificazione medica.

Il Dipendente

Barletta, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Visto:  
Il Dirigente

\_\_\_\_\_