Al Dirigente Scolastico

I.C. “G. Gabrieli”

30035 Mirano (Ve)

Oggetto: PERSONALE ATA - Domanda di permesso ai sensi dell’art. **33 C.C.N.L. del 2016/2018**

 (per visite mediche, terapie, prestazioni specialistiche o esami diagnostici)

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in servizio presso questo Istituto Comprensivo Statale, nel

plesso di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con la qualifica di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_assunto /a a

T.I. / T.D. ;

**C H I E D E**

di usufruire di un permesso in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di n.\_\_\_\_\_ ore dalle

ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.-

per il seguente motivo:

|\_| Visite mediche

|\_| Terapie

|\_| Prestazioni specialistiche o esami diagnostici

Il sottoscritto si impegna, in osservanza di quanto stabilito dalla vigente normativa, a far pervenire, se non già allegata alla presente istanza, l’attestazione di presenza rilasciata dal medico o struttura sanitaria.-

Data…./……/……………. Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RISERVATO ALLA SEGRETERIA

Il dipendente ha già fruito di complessive …… ore di permesso nel corso del corrente anno scolastico.

La documentazione giustificativa è pervenuta in data……………………-

IL DSGA/Ass.te Amm.vo addetto al controllo Firma………

 VISTO: |\_| si concede

 |\_| non si concede per \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 IL DIRIGENTE SCOLASTICO