RICHIESTA DI PERMESSO PER VISITE MEDICHE /TERAPIE, PRESTAZIONI SPECIALISTICHE O ESAMI DIAGNOSTICI

ATA

Al Dirigente Scolastico

__l__ sottoscritt_ _____ in servizio presso l' Istituto Comprensivo di _____ scuola _____ assunto con contratto a tempo _____ :

CHIEDE

- ai sensi dell'art. 33 del CCNL sottoscritto in data 19/04/2018

in data _____

[] un permesso orario dalle ore _____ alle ore _____ comprensivo dei tempi di percorrenza

[] giornaliero

per visita medica/terapie/prestazioni specialistiche/esami diagnostici da effettuarsi presso _____
(cancellare le voci che non interessano)

_____.

Si impegna al rientro a presentare adeguata documentazione*.

Data

Firma

VISTO

Il Dirigente Scolastico

*I permessi su base oraria devono essere giustificati anche mediante attestazione, anche in ordine all'orario, redatta dal medico o dal personale amministrativo della struttura, anche privata che ha svolto la visita o la prestazione.