

**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**  
**(Prof. ENRICO CALZOLARI)**

\*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.