

PERMESSO PER L'ESPLETAMENTO DI VISITA, TERAPIE, PRESTAZIONI **SPECIALISTICHE**, ESAMI DIAGNOSTICI
(da fruire a ore o per la durata dell'intera giornata lavorativa 18 ore=3 giorni)

Il/La sottoscritto/a _____ in servizio presso codesta
Istituzione Scolastica in qualità di personale A.T.A. _____ a tempo
indeterminato/determinato nel corrente A.S. _____

chiede alla S.V.

un permesso breve di n° _____ ore /intera giornata

dalle _____ alle _____ il giorno _____

per la seguente motivazione _____

Si allega attestazione di presenza, redatta dal medico o dal personale amministrativo della struttura, anche privati, che hanno svolto la visita o la prestazione.

Ai sensi dell'art. 33 del CCNL 2018 sono aggiunti ai permessi per motivi personali o familiari e a tutti gli altri permessi disposti dal CCNL 2007.

Il/La sottoscritto/a dichiara che ha fruito di n° _____ ore di permesso per il corrente anno scolastico.

Sannazzaro de' Burgondi, _____

Firma

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere consapevole che la scuola può utilizzare i dati contenuti nella presente richiesta esclusivamente nell'ambito e per i fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione (D.Lg! 30/06/2003 n. 196)

Sannazzaro de' Burgondi, _____

Firma
