

AI DIRIGENTE SCOLASTICO
Istituto Magistrale "DE AMICIS"

C U N E O

Oggetto: **RICHIESTA PERMESSI PER ESPLETAMENTO DI VISITE, TERAPIE, PRESTAZIONI
SPECIALISTICHE O ESAMI DIAGNOSTICI - PERSONALE A.T.A.**

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il _____ in servizio presso codesto Istituto in qualità di _____

con rapporto di lavoro a

- tempo indeterminato**
- tempo determinato**

C H I E D E

un permesso per il seguente motivo:

- permesso orario o giornaliero – art. 33 ccnl/2018:**

| | | | |
|----------------------|-------|-------|-----------------------|
| nei seguenti giorni: | dalle | alle | per un totale di ore: |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |

Data, _____

Firma _____

VISTO:

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
(Prof. Paolo ROMEO)