

**Oggetto: Richiesta permesso orario retribuito per l’espletamento di visite, terapie, prestazioni specialistiche o esami diagnostici**

**Art. 33 CCNL 2018 - Personale ATA**

Alla Dirigente

Io sottoscritta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nata il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e residente in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in servizio presso codesta istituzione scolastica in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a tempo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CHIEDE

ai sensi dell’art. 33 del C.C.N.L. 2016-2018 di usufruire del seguente permesso orario per l’espletamento di visite, terapie, prestazioni specialistiche o esami diagnostici:

dalle ore del giorno

alle ore

totale ore

A tal fine produrrà attestazione redatta dal medico o dal personale amministrativo della struttura che ha svolto la prestazione.

Distinti saluti.

Data

Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_