Al Dirigente Scolastico Istituto Comprensivo A. MOSCATI

di Pontecagnano Faiano

# OGGETTO: PERMESSO ORARIO PERSONALE ATA

# 18 ORE ANNUE

# CCNL 19/04/2018 TIT.IV ART. 33.

Il/La sottoscritto/a nato il a ( ), C.F. , residente in ( ) Via

 n. in servizio presso questa scuola, plesso \_\_\_\_\_\_\_\_\_in qualità di

 Assistente Amministrativo Collaboratore Scolastico a tempo indeterminato determinato

presso la sede di

# CHIEDE

di poter usufruire di un permesso orario dalle ore alle ore il giorno per:

* Visita medica
* Terapia
* Prestazione specialistiche o esami diagnostici

Seguirà attestazione del medico o della struttura presso cui si effettua la visita o la prestazione, a giustificazione dell’assenza.

**N.B.:** Tale permesso su base oraria, non è soggetto a recupero e decurtazione.

Data

Firma

Visto D.S.G.A.

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

Visto si concede IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Dott.ssa Mirella Amato