

NR.REGISTRO _____ DEL _____

OGGETTO: **RICHIEDA PERMESSO BREVE PER VISITE MEDICHE (art.33 C.C.N.L. 2018) – PERSONALE ATA**

Il/la sottoscritto/a _____
cognome nome

in servizio per il corrente a.s. ____/____ presso questo Istituto in qualità di _____

assunto a Tempo Indeterminato/Determinato

CHIEDE

Alla S.V. di poter usufruire, del seguente permesso:

il giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____ per complessive ore _____

Dichiara che nel giorno sopraindicato il proprio orario di servizio è di n. _____ ore.

Si allega attestazione medica.

Gonars, _____ FIRMA _____

Gonars, _____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
prof.ssa Alessandra VIDAL