AL DIRIGENTE SCOLASTICO
ISTITUTO _____

NR.REGISTRO _____ DEL _____

OGGETTO: **RICHIESTA PERMESSO ORARIO 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