

OGGETTO: richiesta di permesso per espletamento di visite, terapie, prestazioni specialistiche, esami diagnostici ai sensi dell'Art. 33 del CCNL/19.04.2018

Il/La sottoscritto/a _____

Personale ATA a tempo indeterminato ____/36 ore determinato ____/36 ore

In servizio presso la scuola _____

Ai sensi del suddetto articolo

CHIEDE

Un permesso per il giorno _____

dalle ore _____ alle ore _____ per ore _____

per l'intera giornata

Per espletare le seguenti terapie/esami che autocertifico _____

Allego:

certificato medico curante

attestazione redatta dal medico o personale amministrativo della struttura, anche privata, presso cui mi sono recato/a

Novellara, _____

Firma _____

ISTITUTO COMPRENSIVO DI NOVELLARA

Vista la richiesta del dipendente;

Tenuto conto che il suddetto ha superato non ha superato le 18 ore previste dall' art. 33 del CCNL/19.04.2018

Al dipendente sopra indicato SI CONCEDE NON SI CONCEDE il permesso richiesto

IL DIRIGENTE
(Prof.ssa Lucia Valentini)