

**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 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; se fruito su base giornaliera (per le ore previste nella giornata) è soggetto alla medesima decurtazione prevista per i primi dieci giorni di malattia.

Data _____

Firma _____

Visto si concede
IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof. Roberto Buongarzone