

Al Dirigente Scolastico
della D.D.S. Monti Iblei
PALERMO

OGGETTO: Richiesta permesso orario retribuito per l'espletamento di visite, terapie, prestazioni specialistiche o esami diagnostici Art. 33 C.C.N.L. 2018 - PERSONALE ATA

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ (Prov. _____), il _____, in servizio presso questa scuola in qualità di PERSONALE A.T.A. con contratto a tempo determinato/indeterminato

CHIEDE

ai sensi dell'art. 33 del C.C.N.L. L. 2016-2018, di usufruire del seguente permesso orario per l'espletamento di visite, terapie, prestazioni specialistiche o esami diagnostici:

dalle ore _____ alle ore _____ totale ore _____ del giorno _____

A tal fine produrrà attestazione redatta dal medico o dal personale amministrativo della struttura che ha svolto la prestazione.

Distinti saluti.

Palermo, _____

firma
