

# RICHIESTA PERMESSO PER ESPLETAMENTO VISITE, TERAPIE, PRESTAZIONI

# SPECIALISTICHE OD ESAMI DIAGNOSTICI

**PERSONALE ATA**

Il/la sottoscritta/o nato/a

il

in servizio presso la sede

in qualità di

 a tempo [ ]  indeterminato [ ]  determinato

**CHIEDE**

 **ai sensi dell’art. 33 comma 1 CCNL 2016/18**, di usufruire di un permesso

[ ]  breve in data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dalle ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alle ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[ ]  giornaliero in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**SI PROVVEDERÀ AD ALLEGARE CERTIFICATO DELLA STRUTTURA ATTESTANTE.**

Castel San Giovanni, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**IL DIRIGENTE SCOLASTICO**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**