

ISTITUTO COMPRENSIVO VINCI
PROT. N. _____ TIT. _____ CL. _____ FASC. _____

AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
ISTITUTO COMPRENSIVO  
VINCI

**Solo per il personale A.T.A**

Oggetto: Domanda di permesso orario per visite mediche/terapie/esami diagnostici (art. 33 C.C.N.L. 2016/2018 - Comparto Scuola del 19/04/2018)

  1   sottoscritt \_\_\_\_\_

in servizio presso codesto Istituto sede di \_\_\_\_\_,

in qualità di \_\_\_\_\_ con contratto a tempo indeterminato/determinato,

C H I E D E

di poter fruire di n. \_\_\_\_\_ ore di permesso il giorno \_\_\_\_\_ dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ ai sensi dell'art. 33 C.C.N.L. 2016/2018 - Comparto Scuola del 19/04/2018

**SI ALLEGA ATTESTAZIONE MEDICA**

Ore già richieste n° \_\_\_\_\_ (i permessi complessivamente concessi non possono eccedere 18 ore nel corso dell'anno scolastico)

Vinci, \_\_\_\_\_

Firma  
\_\_\_\_\_

---

ISTITUTO COMPRENSIVO DI VINCI  
50059 VINCI (FI) Via Val Di Sole, 2 – C.F. 82004510481  
Tel. e fax 0571/568138-0571/729942  
[fiic868003@istruzione.it](mailto:fiic868003@istruzione.it) – [fiic868003@pec.istruzione.it](mailto:fiic868003@pec.istruzione.it)  
[www.icvinci.gov.it](http://www.icvinci.gov.it)

Ore già usufruite n° \_\_\_\_\_

Visto: Il Dirigente Scolastico autorizza

LA DIRIGENTE SCOLASTICA  
PROF.SSA TAMARA BLASI