

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 – fiic868003@pec.istruzione.it
www.icvinci.gov.it

Ore già usufruite n° _____

Visto: Il Dirigente Scolastico autorizza

LA DIRIGENTE SCOLASTICA
PROF.SSA TAMARA BLASI