

AI DIRIGENTE SCOLASTICO
Istituto Magistrale "DE AMICIS"

C U N E O

Oggetto: **RICHIESTA PERMESSI PER ESPLETAMENTO DI VISITE, TERAPIE, PRESTAZIONI SPECIALISTICHE O ESAMI DIAGNOSTICI - PERSONALE A.T.A.**

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il _____ in servizio presso codesto Istituto in qualità di _____

con rapporto di lavoro a

tempo indeterminato

tempo determinato

C H I E D E

un permesso per il seguente motivo:

permesso orario o giornaliero – art. 33 ccnl/2018:

nei seguenti giorni:

dalle alle

per un totale di ore:

Data, _____

Firma _____

VISTO:

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
(Prof. Carlo GARAVAGNO)
