# logo ambito.jpgISTITUTO COMPRENSIVO “*VIA RUGANTINO 91*” – ROMA

*Scuola dell’Infanzia – Primaria – Secondaria di Primo Grado*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Roma \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ | Anno Scolastico  20\_\_/20\_\_ | PERSONALE ATA |
| OGGETTO:Richiesta permesso orario retribuito per l’espletamento di visite, terapie, prestazioni specialistiche o esami diagnostici Art. 33 CCNL 2018 - Personale ATA | | |

Al Dirigente Scolastico

dell’I.C. Via Rugantino 91

Roma

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. 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.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Firma  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  La veridicità della firma è confermata dall’indirizzo di posta elettronica presente nell’anagrafica della segreteria digitale |