**Al Dirigente Scolastico**

**Dell’Istituto comprensivo “XIII Aprile” di Soci**

**OGGETTO**: **PERSONALE ATA –** **PERMESSO ORARIO PER** **VISITA MEDICA, TERAPIA, PRESTAZIONE SPECIALISTICA, ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI** (art. 33 del CCNL 19/04/2018).

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, qualifica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in servizio presso codesto Istituto nel corrente anno scolastico con contratto individuale di lavoro a tempo determinato/indeterminato presso codesta istituzione scolastica;

COMUNICA

di voler usufruire di permesso per il giorno \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ per visita medica, terapia, prestazione specialistica, esami diagnostici, come da allegata certificazione medica.

Chiede, allo scopo, di usufruire di:

* permesso breve dalle ore \_\_\_\_/\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_/\_\_\_\_ per un totale di ore \_\_\_\_

A tal fine dichiara di allegare certificazione medica.

Soci\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma dipendente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

 Prof.ssa Antonietta Alessandro