



Al Dirigente Scolastico

Oggetto: Richiesta Permesso per Visite terapie o esami diagnostici (personale ATA) – art.33 CCNL 2018

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a il _____ a _____ (Prov. _____) residente a _____ via _____ tel. _____, in servizio presso questo Istituto in qualità di _____ con contratto di lavoro a:

- tempo indeterminato
- tempo determinato

CHIEDE

- ORE n° _____ di permesso per Visite terapie o esami diagnostici (personale ATA) per il giorno _____
- GIORNI n° _____ di permesso per Visite terapie o esami diagnostici (personale ATA) data: _____

Chieri, ____/____/____
Valutati i motivi, si concede

FIRMA _____

II DIRIGENTE SCOLASTICO

Prof. Portale Dario

Il DSGA

Dott.ssa Cosentino Costanza