***AL DIRIGENTE SCOLASTICO***

* + 1. ***dell’I.C.“Ing. Carlo Stradi” di Maranello***

**Oggetto: Richiesta permesso orario retribuito per l’espletamento di visite, terapie,**

 **prestazioni specialistiche o esami diagnostici**

 **Art. 33 CCNL 2018 - Personale ATA**

Io sottoscritt\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nat\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_\_

e residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in servizio presso codesta istituzione scolastica in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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.

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ firma

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_