

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof. Lucio Paolo
Istituto Comprensivo di Resana

Personale ATA a Tempo determinato/indeterminato

**Domanda di permesso orario retribuito art.33 CCNL 09/02/2018
PER ESPLETAMENTO DI VISITE, TERAPIE, PRESTAZIONI SPECIALISTICHE OD
ESAMI DIAGNOSTICI**

__L__ sottoscritt _____

Personale ATA assunta/o con contratto a tempo determinato/indeterminato in servizio presso la Scuola Primaria/Secondaria di

C H I E D E

Alla S.V. in applicazione dell'art. 33 C.C.N.L. Comparto Scuola del 09/02/2018 di poter usufruire di un permesso orario retribuito per:

- **VISITE SPECIALISTICHE**
- **TERAPIE**
- **ACCERTAMENTI CLINICI/DIAGNOSTICI**

il giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____ Totale ore _____

per un massimo di 18 ore annuali, come da allegata documentazione.

Dichiara di aver già usufruito durante il corrente anno scolastico dei seguenti permessi orari retribuiti ai sensi dell'art. 33 del C.C.N.L. Comparto Scuola del 09/02/2018

| DATA | ORE |
|------|-----|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Resana,

Firma

Il Dirigente Scolastico
Prof. Lucio Paolo