

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

**terapie, prestazioni specialistiche o esami diagnostici Art. 33 CCNL 2018**

Al Dirigente scolastico

ISTITUTO COMPRENSIVO

"SANT'AGOSTINO"

Io sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato 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:

il giorno \_\_/\_\_/\_\_\_\_ dalle ore \_\_:\_\_ alle ore \_\_:\_\_ totale n. ore del giorno \_\_

A tal fine produrrà attestazione redatta dal medico o dal personale amministrativo della struttura che ha svolto la prestazione.

Distinti saluti.

Luogo e Data Firma

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