AL DIRETTORE S.G.A.

 Dell’I.C.S. “VIA DE ANDREIS”

 MILANO

Richiesta di permesso orario retribuito

Per espletamento di visite, terapie,

prestazioni specialistiche od esami diagnostici

(C.C.N.L. art. 33)

Il/la sottoscritto/a

* In qualità di Assistente Amministrativo
* In qualità di Collaboratore Scolastico

Presso: Sede Primaria di Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Sede di Scuola Secondaria di 1° grado\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**C H I E D E**

Di usufruire di n. \_\_\_\_\_ ore di permesso retribuito per l’espletamento di visite, terapie, prestazioni specialistiche od esami diagnostici:

il giorno\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dalle ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alle ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il giorno\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dalle ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alle ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_per\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il giorno\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dalle ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alle ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_per\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

I motivi indicati verranno documentati mediante attestazione di presenza, anche in ordine di orario, redatta dal medico o dal personale amministrativo della struttura in cui si è svolta la visita o la prestazione.

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Visto del D.S.G.A.