

ISTITUTO COMPRENSIVO DI POGGIO RUSCO

**DOMANDA DI PERMESSO RETRIBUITO A ORE PER L'ESPLETAMENTO DI VISITE,
TERAPIE, PRESTAZIONI SPECIALISTICHE O ESAMI DIAGNOSTICI**

Art. 35 Comma 1 CCNL 2016/2018

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO
AL DIRETTORE D.S.G.A.
ISTITUTO COMPRENSIVO
DI POGGIO RUSCO**

Il/La sottoscritt _____
Assistente Amministrativo/Collaboratore Scolastico in servizio a tempo
indeterminato/determinato presso codesto istituto

CHIEDE

di poter usufruire di un permesso orario per sottoporsi a _____
presso _____ in data _____

L'assenza dal servizio avrà la seguente durata:

dalle ore _____ alle ore _____,
comprensiva del viaggio per raggiungere l'ambulatorio medico (il tempo di viaggio
verrà auto dichiarato dall'interessato, a penna, sul retro della domanda)

Al rientro, presenterà la prescritta documentazione medica da allegare alla
domanda.

Data _____

Firma _____

Visto per la concessione

D.S.G.A

Dirigente Scolastico
Tralli Cristina
