__L__ sottoscritt _____

DOCENTE / ATA presso

chiede di usufruire del seguente

permesso **orario retribuito** per espletamento di visite, terapie, prestazioni specialistiche od esami diagnostici

art. 33 CCNL 2018:

(fino al massimo di 18 ore annuali, riproporzionate in caso di part time)

in data _____ dalle ore _____ alle ore _____

Molinella, _____

Firma _____

- dovrà essere inoltrata in ufficio attestazione di presenza rilasciata dal personale della struttura.

Spazio riservato all'ufficio

Il dipendente sopraindicato ha già usufruito di n. _____ ore di permesso per l'art.33 CCNL 2018 nel corrente anno scolastico.

Si autorizza

Non si autorizza

Il Dirigente Scolastico