

SI PREGA DI INVIARE IL SEGUENTE MODULO SOLO IN FORMATO PDF ALLA MAIL NOIC818005@istruzione.it

Modello permesso orario per visita medico specialistica

[art. 33 del C.C.N.L. 2018]

Al Dirigente Scolastico
dell'I.C. "I. Calvino" di
Galliate

Oggetto: richiesta permesso orario per visita medica specialistica personale ATA

Il/La sottoscritt _____ nella qualità di _____
a tempo indeterminato / determinato in servizio presso codesto Istituto

CHIEDE

un permesso orario per sottoporsi a visita medico-specialistica per il giorno_____.

L'assenza dal servizio avrà la seguente durata:
dalle ore _____ alle ore _____, comprensiva del tempo di viaggio per raggiungere
l'ambulatorio medico (il tempo di viaggio verrà auto dichiarato dall'interessato, a penna, sul retro della
dichiarazione del medico).

Al rientro presenterà la prescritta documentazione medica o autocertificazione .

N.B: I permessi complessivamente fruiti non possono eccedere il rispettivo orario settimanale di servizio
comprendendo a tal fine anche le assenze per permessi brevi.

Data_____

(Firma)

Visto, si autorizza

Il D.S.G.A.
Dott.ssa Ornella TODARO

Il Dirigente Scolastico
Prof.ssa Carmen Maria Lea
MAUGERI