

Al Dirigente Scolastico
Al Direttore S.G.A.
dell'Istituto Comprensivo
di Robbiate

_ l _ sottoscritt _____ nat_ il _____

in servizio in qualità di:

Assistente amministrativo Collaboratore Scolastico Assistente Tecnico

a tempo indeterminato a tempo determinato

presso la scuola infanzia primaria secondaria di I grado

di _____

CHIEDE

Alla S.V. di poter usufruire di **PERMESSO RETRIBUITO per visite mediche, terapie, prestazioni specialistiche, esami diagnostici** (18 ore ai sensi dell' art.33 C.C.N.L. 2016/2018)

n. _____ ore dalle ore _____ alle ore _____ del giorno _____

n. _____ giorno/i dal _____ al _____ ore _____

Sono fruibili sia su base giornaliera che oraria

In caso di Part-time vanno proporzionati all'orario di lavoro

Una giornata lavorativa viene computata con riferimento all'orario di servizio che il dipendente avrebbe dovuto osservare nel giorno di assenza

Allegherà certificazione del medico o della struttura (anche privata) che hanno svolto la visita, attestante giorno e ora della prestazione.

Data _____

Firma _____