

**OGGETTO: 18 ore di permesso per l'espletamento di visite, terapie, prestazioni specialistiche o esami diagnostici (art. 33 CCNL/2018).**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> personale ATA	<input type="checkbox"/> con contratto a tempo determinato (C.T.D.)
<input type="checkbox"/> assistente amministrativo	<input type="checkbox"/> con contratto a tempo indeterminato (C.T.I.)
<input type="checkbox"/> collaboratore scolastico	

in servizio presso la sede  
di \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

- di fruire in data ..... di ore ..... dalle ore ..... alle ore ..... di assenza oraria per l'espletamento di visite, terapie, prestazioni specialistiche o esami diagnostici
- di fruire in data ..... di assenza oraria giornaliera per l'espletamento di visite, terapie, prestazioni specialistiche o esami diagnostici dalle ore..... alle ore.....; l'incidenza dell'assenza sul monte ore a disposizione del dipendente viene computata con riferimento all'orario di lavoro che il medesimo avrebbe avuto: dalle ore..... alle ore.....,il lavoratore prende atto che, per assenza giornaliera, verrà applicata la decurtazione prevista dalla vigente legislazione.

Presenterà la seguente documentazione giustificativa quale attestazione di presenza, anche in ordine all'orario, redatta dal medico o dal personale amministrativo della struttura, anche privati, che hanno svolto la visita o la prestazione:

---

....l... sottoscritt... è consapevole che i dati personali sopraesposti saranno trattati ai sensi del dell'art. 13 della legge di delegazione europea 2016-2017 (legge 25 ottobre 2017, n. 163)

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Il D.S.G.A.  
Carmela Mastellone

IL DIRIGENTE SCOLATICO REGGENTE  
Prof. Roberto Grenna