

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
I.C. "IV NOVEMBRE"
MARIANO COMENSE

Oggetto: **Domanda di permesso orario retribuito art. 33 CCNL 09/02/2018**
per espletamento di visite, terapie, prestazioni specialistiche od esami diagnostici
(per un massimo di 18 ore annuali)

__l__ sottoscritt__ _____

assunt__ con contratto a tempo determinato - indeterminato, in servizio nel plesso di

CHIEDE

in applicazione dell'art.33 CCNL Comparto scuola del 09/02/2018, di poter usufruire di un permesso orario retribuito per:

- VISITE SPECIALISTICHE
- TERAPIE
- ACCERTAMENTI CLINICI/DIAGNOSTICI

il giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____ per tot. di ore _____

Dichiara di aver già usufruito durante l'anno scolastico dei seguenti permessi orari retribuiti ai sensi dell'art.33 del CCNL Comparto Scuola del 09/02/2018:

data	ore

Mariano Comense _____

firma

VISTO

VISTO, si concede

II DSGA

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
