**Al Dirigente Scolastico del**

 **Circolo Didattico 6 Rimini**

**RICHIESTA PERMESSO ORARIO PERSONALE ATA**

**PER VISITA MEDICA**

\_ l \_ sottoscritt\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

qualifica di D. S. G. A. / Assistente Amministrativo / Collaboratore Scolastico a Tempo

Determinato / Indeterminato in servizio presso la Scuola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**c h i e d e**

di poter usufruire ai sensi dell’art. 33 del C.C.N.L. 19/04/2018 comparto istruzione e

ricerca, di un permesso orario di ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_ , dalle ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alle

ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il giorno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , per l’espletamento di visite, terapie,

prestazioni specialistiche od esami diagnostici.

Il sottoscritto è consapevole che l’assenza è giustificata mediante attestazione, anche in

ordine all’orario, redatta dal medico o dal personale amministrativo della struttura, anche

privati, che hanno svolto la visita o la prestazione.

Rimini, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (firma del richiedente)