

OGGETTO: **Richiesta permesso retribuito per visite/terapie/prestazioni specialistiche/esami diagnostici**
art.33 CCNL 2018

Il/la sottoscritto/a _____

in qualità di

- DIRETTORE SERVIZI GENERALI ED AMMINISTRATIVI
 ASSISTENTE AMMINISTRATIVO
 COLLABORATORE SCOLASTICO

A tempo : INDETERMINATO DETERMINATO

In servizio presso _____

nella posizione di : TITOLARE UTILIZZATO

CHIEDE

PERMESSO INTERA GIORNATA

dal giorno _____ al giorno _____

per complessivi giorni _____ e per il seguente motivo:

ORARIO :

giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____

giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____

giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____

- Allega la seguente documentazione: _____

Ravenna, li _____

(firma del richiedente)

VISTO

Il D.S.G.A.

ESAMINATA la richiesta, si concede

Il Dirigente Scolastico
Firmato digitalmente