AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL'ISTITUTO COMPRENSIVO
DI FARRA DI SOLIGO

Oggetto: **Richiesta di PERMESSO ORARIO PER L'ESPLETAMENTO DI VISITE, TERAPIE,PRESTAZIONI SPECIALISTICHE E/O ESAMI DIAGNOSTICI (art. 33 CCNL 19.04.2018)**

Il/La sottoscritto/a

in servizio presso l' I. C. di Farra di Soligo

in qualità di: ☐ PERSONALE ATA

con contratto: ☐ a tempo determinato ☐ a tempo indeterminato ☐ supplente temporaneo

CHIEDE

di poter usufruire di un permesso orario per l'espletamento di visite, terapie, prestazioni specialistiche e/o esami diagnostici

il giorno

dalle ore alle ore per n. ore richieste

per il seguente motivo

Ps. Le ore devono essere richieste per intero (non frazioni orarie in minuti)

data firma

Spazio riservato all'Ufficio

ISTITUTO COMPRENSIVO di FARRA DI SOLIGO
Via Brigata Mazzini, n° 72 - COL SAN MARTINO (TV)
Telefono 0438/898145 – Telef.e Fax 0438/898141

☐ **VISTO SI AUTORIZZA**

IL DIRETTORE S.G.A.

Il Dirigente Scolastico reggente
Stefano Ambrosi

(Documento firmato digitalmente
ai sensi della normativa vigente)

Data