ISTITUTO COMPRENSIVO DI CODEVIGO
Scuole dell'Infanzia, Primarie e Secondarie di 1° grado
di Arzergrande, Brugine e Codevigo
Via Garubbio 43, 35020 ***Codevigo*** *(PD) - Tel. 049/5817860 - Fax 049/5817883*
C.F. 80013420288 - C.M. PDIC87000X
e-mail: pdic87000x@istruzione.it pec: pdic87000x@pec.istruzione.it

Prot.n. _____
Del_____

Al Dirigente Scolastico
Dell'I.C. di Codevigo

Oggetto: Richiesta permesso orario retribuito per motivi di salute (CCNL. Triennio 2016/2018 art.33 – Assenze per l'espletamento di visite, terapie prestazioni specialistiche od esami diagnostici)

___l__ sottoscritt__ _____

qualifica ( ) DOCENTE DI SCUOLA MATERNA
( ) DOCENTE DI SCUOLA ELEMENTARE
( ) DOCENTE I° GRADO
( ) DIRETTORE AMMINISTRATIVO
( ) ASS. AMM.VO / ASS. TICO
( ) COLLABORATORE SCOLASTICO
( ) PART-TIME

IN SERVIZIO PRESSO _____

CHIEDE

di usufruire del permesso retribuito spettante a norma di legge per n° _____ (massimo 18 ore annuali – in caso di part/time sono proporzionate all'orario di lavoro)

il giorno _____dalle ore _____ alle ore _____ per le seguenti motivazioni:_____

_____

Il/La sottoscritto/a si impegna al rientro in servizio a presentare apposita documentazione attestante il motivo per il quale necessita la mia assenza dal luogo di lavoro.

Dichiara, inoltre di avere già usufruito dei seguenti permessi di cui all'oggetto:

GIORNO	Per numero ore
TOT.	

CODEVIGO, _____ FIRMA _____

****

VISTO:

IL DSGA
Silvia SPAGNOLO
_____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Barbara CALCAGNO
_____

DATA _____