

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
AL DSGA**

**OGGETTO: Richiesta permesso orario retribuito per l'espletamento di visite, terapie, prestazioni specialistiche o esami diagnostici Art. 33 CCNL 2018 - Personale ATA.**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, in servizio presso questa Istituzione Scolastica in qualità di personale ATA, profilo di \_\_\_\_\_, con contratto a tempo

- determinato  
 indeterminato

ai sensi dell'art. 33 del C.C.N.L. 2016-2018 di usufruire del seguente permesso orario per l'espletamento di visite, terapie, prestazioni specialistiche o esami diagnostici:

dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ totale ore \_\_\_\_\_ del giorno \_\_\_\_\_

A tal fine produrrà attestazione redatta dal medico o dal personale amministrativo della Struttura che ha erogato la prestazione.

Palermo, li \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Firma del Richiedente

VISTO/  SI CONCEDE  NON SI CONCEDE  
ANNOTAZIONI

Il D.S.G.A.

Il Dirigente Scolastico