Al DIRIGENTE SCOLASTICO

dell’I.C. di Viale Libertà

Vigevano

**OGGETTO: Richiesta di permesso orario per visite specialistiche, terapie, prestazioni specialistiche ed**

**esami diagnostici**

Il/La sottoscritt \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in servizio nell’a.s. \_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_ presso codesto Istituto nel plesso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di:

* Direttore Sga
* Assistente Amministrativo
* Collaboratore Scolastico

in ottemperanza a quanto prescritto dall’art.50 del CCNL del 19/04/2018

CHIEDE

di potersi assentare, nel giorno\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per :

* Visita specialistiche
* Terapie/prestazioni specialistiche
* Esami diagnostici

L’orario dell’assenza, presumibilmente compreso tra le ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e le ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (compresi i tempi di percorrenza), verrà definito dall’attestazione del medico/struttura sanitaria, **che si allegherà subito dopo la prestazione.**

data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

VISTO SI CONCEDE: IL DIRIGENTE SCOLASTICO

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

VISTO: Il D.S.G.A.

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