ISTITUTO D'ISTRUZIONE SUPERIORE
GIOVANNI FALCONE

Sede Centrale: Via Saccole Pignole n°3 - Asola (MN)
T. 0376-710423 / F. 0376-710425 mail: mnis00800p@istruzione.it
mail-pec: mnis00800p@pec.istruzione.it - web: www.giovannifalcone.edu.it
C.F. 81003730207 - CUU: UF9RB1
Distaccamento: Via dell'Artiginato n°1 - Gazoldo degli Ippoliti (MN) T. 0376-657168

MODELLO PERMESSO ORARIO PER VISITE SPECIALISTICHE, TERAPIE, PRESTAZIONI SPECIALISTICHE E ESAMI DIAGNOSTICI - ATA

Asola, ____/____/20___

Il/la sottoscritto/_____ _____
(cognome) (nome)

nato/a a _____ (_____) , il ___/___/____

residente in _____ , via _____ n. _____

in servizio presso l'Istituto d'Istruzione Superiore "G. Falcone" di Asola (MN) in qualità di :

PERSONALE ATA CON CONTRATTO A

- ☐ TEMPO INDETERMINATO
- ☐ TEMPO DETERMINATO

CHIEDE

ai sensi dell'art. 33 CCNL 2018, un permesso orario per VISITE, TERAPIE, PRESTAZIONI SPECIALISTICHE o ESAMI DIAGNOSTICI nel periodo seguente:

il _____ /_____ /20_____ , per complessive ore _____.

NB:

- Fruibili per un massimo di 18 ore nell'arco dell'anno scolastico, sia su base oraria che giornaliera (in questo caso computate con riferimento all'orario di lavoro e assoggettate a decurtazione prevista per i primi dieci giorni di malattia).
- Da richiedere con un preavviso di almeno tre giorni. Nei casi di urgenza il permesso può essere richiesto nelle 24 ore precedenti la fruizione o comunque non oltre l'inizio dell'orario di lavoro del giorno in questione.
- L'assenza va giustificata mediante attestazione di presenza, anche in ordine all'orario, redatta dalla struttura, anche privata, che ha svolto la prestazione.

Il richiedente

_____

A cura dell'ufficio: avvenuta comunicazione in data _____ alle ore _____

Visto,

Direttore dei SGA inc.
_____
Paola Musoni

Il Dirigente Scolastico
_____
Prof. Giordano Pachera