



ISTITUTO COMPRENSIVO DRUENTO

Via Manzoni,11
10040 Druento TO
www.icdruento.edu.it

e-mail toic89000v@istruzione.it
C.F.97745300018 C.M. TOIC89000V
tel.011 984 65 45 fax.011 994 22 47



Al D.S.G.A.

RICHIESTA PERMESSO BREVE – pers.le A.T.A. (Anno Scolastico _____ / _____)

Il/La sottoscritt _____

collab. scol. ass. amm./tec. d.s.g.a.

in servizio nel plesso di scuola: dell'infanzia primaria secondaria di I grado

di: *Druento* *Givoletto* *S. Gillio*

CHIEDE

ai sensi dell'art.33 del C.C.N.L. 2016/2018, **DI POTER USUFRUIRE DI UN PERMESSO PER VISITE – TERAPIE – PRESTAZIONI SPECIALISTICHE – ESAMI DIAGNOSTICI**

di N. ore _____ il _____ dalle ore _____ alle ore _____ (1)

DICHIARA inoltre che:

- nel corrente anno scolastico ha già usufruito di n. _____ ore (2),
- pertanto le ore residue sono _____.

Data _____ Firma _____

RISERVATO ALLA SEGRETERIA

Il/La Sig. _____ È'/NON E' autorizzat _____
ad usufruire di un **PERMESSO PER VISITE – TERAPIE – PRESTAZIONI SPECIALISTICHE – ESAMI DIAGNOSTICI** il _____ dalle ore _____ alle ore _____ per n. _____ ore.

Il D.S.G.A.
Franco Belmonte