**RICHIESTA PERMESSO ORARIO PER SALUTE FAMILIARE ATA**

Al Direttore S.G.A.

 Istituto Comprensivo Pelago

Il/la sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in servizio presso codesto Istituto in qualità di:

 Dsga Assistente Amministrativo Collaboratore scolastico

plesso di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con contratto a tempo indeterminato determinato

regime Tempo pieno Part-time

* 18 ore
* 24 ore
* 30 ore

C H I E D E

di assentarsi per n. ore \_\_\_\_\_\_ (dalle ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_alle ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_ )

dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

per il seguente motivo:

 Visita, terapia, prestazione specialistica o esami diagnostici (ai sensi dell’art. 33 del

 C.C.N.L. 19/04/2018) – Allegare certificato medico originale.

Pelago \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Visto

 si concede non si concede

 Il Direttore S.G.A.