

## RICHIESTA PERMESSO ORARIO PER SALUTE FAMILIARE ATA

Al Dirigente Scolastico  
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 D.S.G.A

\_\_\_\_\_

Il Dirigente Scolastico

\_\_\_\_\_