

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
ISTITUTO COMPRENSIVO BASIANO

Oggetto: **permesso per l'espletamento di visite, terapie, prestazioni specialistiche o esami diagnostici art. 33 CCNL/2018**

...l... sottoscritt _____

in servizio nella sede di _____ in qualità di
 D.S.G.A. ASSISTENTE AMMINISTRATIVO COLLABORATORE SCOLASTICO
assunto a tempo INDETERMINATO DETERMINATO

CHIEDE

di poter usufruire di un **PERMESSO** per l'espletamento di visite, terapie, prestazioni specialistiche o esami diagnostici il giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____ per un totale di n. _____ ore

Data,

FIRMA

riservato alla Segreteria _____



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
ISTITUTO COMPRENSIVO BASIANO
20060 Masate (MI) – Via Monte Grappa, 16
Tel.0295760871 – fax 0295761411
E-mail: miic8ck007@istruzione.it – miic8ck007@pec.istruzione.it

Prot. /FP

del

Visto: si autorizza non si autorizza

LA DIRIGENTE SCOLASTICA
Prof.ssa Marta Marchetti