



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE
ISTITUTO COMPRESIVO DI PONSO
Via Rosselle, 12 – 35040 PONSO
Tel. 0429-95095 C.F. 82006530289
e-mail: PDIC831009@istruzione.it - sito: www.ic-ponso.it



Al Dirigente Scolastico

Istituto Comprensivo di Ponso

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

Dsga Ass.te amm.vo Coll. scolastico

plesso di _____ con
contratto a tempo indeterminato determinato

regime Tempo pieno Part-time

- 18 ore
- 24 ore
- 30 ore

CHIEDE

di poter fruire di un permesso per l'espletamento di visite, terapie, prestazioni specialistiche, esami diagnostici

PERMESSO ORARIO (art.33 CCNL2018)

(non sono assogettati alla decurtazione del trattamento economico accessorio prevista per le assenze per malattia nei primi 10 giorni)

dalle ore _____ alle ore _____ in data _____

oppure

PERMESSO GIORNALIERO (art.33 CCNL2018)

(il trattamento economico è sottoposto alla medesima decurtazione prevista dalla vigente legislazione per i primi 10 giorni di ogni periodo di assenza per malattia)

dalle ore _____ alle ore _____

- **allegnerà documentazione giustificativa dell'assenza (no autocertificazione)**

FIRMA

Visto

si concede non si concede

Il Dirigente Scolastico
Prof. Nicola Soloni