



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE  
ISTITUTO COMPRENSIVO DI PONSO  
Via Rosselle, 12 – 35040 PONSO  
Tel. 0429-95095 C.F. 82006530289  
e-mail: [PDIC831009@istruzione.it](mailto:PDIC831009@istruzione.it) - sito: [www.ic-ponso.it](http://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 \_\_\_\_\_

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

FIRMA

\_\_\_\_\_

Visto

si concede  non si concede

Il Dirigente Scolastico  
Prof. Nicola Soloni