Al Dirigente Scolastico

Cpia Lucca

**Richiesta permesso per ESPLETAMENTO di VISITE, TERAPIE,**

**PRESTAZIONI SPECIALISTICHE OD ESAMI DIAGNOSTIVI**

**PERSONALE ATA**

 (Art.33 del CCNL 19/04/2018

ll/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in servizio presso codesta

istituzione scolastica in qualità di personale ATA

CHIEDE

di poter usufruire di permesso per l’espletamento di:

 visita medica terapie prestazioni specialistiche esami diagnostici

per il giorno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TIPOLOGIA di PERMESSO

 orario: dalle ore \_\_\_\_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_\_\_ per numero ore complessive\_\_\_\_

 intera giornata

Il richiedente si impegna a giustificare l’assenza mediante attestazione, anche in ordine all’orario, redatta dal medico o dal personale amministrativo della struttura, anche privata, che hanno svolto la visita o prestazione. Si impegna a far pervenire l’attestazione in segreteria il giorno successivo all’effettuazione della visita/terapia/prestazione specialistiche/esami diagnostici.

*Il/La sottoscritto/a dichiara di essere consapevole che la scuola può utilizzare i dati contenuti nella presente autocertificazione esclusivamente nell’ambito e per i fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione (D.L. 30.06.2003 n.196 art.23 – codice privacy)*

Lucca, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del richiedente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_