

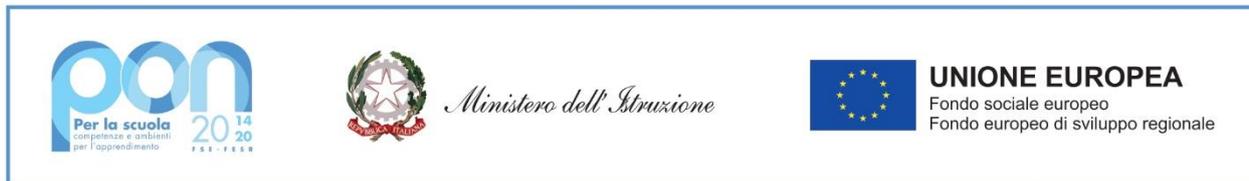


Ministero dell'Istruzione e del Merito
Istituto Comprensivo Statale Como Albate

p.zza IV Novembre, 1 – 22100 Como Tel. 031 524656

Sito web: www.icscomoalbate.edu.it e-mail: coic81200t@istruzione.it

pec: coic81200t@pec.istruzione.it



Al Dirigente Scolastico
ISTITUTO COMPRESIVO STATALE
COMO ALBATE

Oggetto: **RICHIESTA ASTENSIONE DAL LAVORO – PERSONALE A.T.A. AI SENSI DELL' ART. 33 CCNL 09.02.2018**

Il/la sottoscritto/a _____

in servizio presso la Scuola d'Infanzia/Elementare/Sec.1^grado _____

in qualità di _____

Ass.te Amm.vo / Collab.Scol.co

CHIEDE

di usufruire di un permesso orario, ai sensi dell'art. 33 del **CCNL 2016/2018 (18 ore annue)**, per

- Visite
- Terapie
- Prestazioni specialistiche o esami diagnostici

GIORNO	DALLE ORE	ALLE ORE	ENTE/OSPEDALE/CLINICA

Il/La sottoscritto/a , in base all'art. 33 comma 9, giustifica l'assenza mediante attestazione di presenza, anche in ordine all'orario, redatta dal medico o dal personale amministrativo della struttura, anche privati e allega la seguente documentazione:

- Attestazione, a cura dell'ente/ospedale/clinica, sulla durata con indicati orario di inizio e fine.

N.B. Tale permesso su base oraria, non è soggetto a recupero e decurtazione; se fruito su base giornaliera (per le ore previste nella giornata) è soggetto alla medesima decurtazione prevista per i primi dieci giorni di malattia.

Como, _____

Firma _____

Visto, si autorizza

Il D.S.G.A.
 (Dott.ssa Maria Raimondi)

Il Dirigente Scolastico
 (Prof.ssa RUGGIERO ANNA MARIA)