

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 COMPRENSIVO STATALE COMO ALBATE

Oggetto: RICHIESTA ASTENSIONE DAL LAVORO - PERSONALE A.T.A. AI SENSI DELL' ART. 33 CCNL 09.02.2018 II/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 GIORNO DALLE ORE ALLE ORE ENTE/OSPEDALE/CLINICA

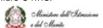
II/La sottoscritto/a, in base all'art. 33 comma 9, giustifica l'assenza mediante attestazione di presenza, anche in ordine all'orario, redatta dal medico o dal personale amministrativo della struttura, anche privati e allega la seguente documentazione:

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













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







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.		
Firma		
Visto, si autorizza		
II Dirigente Scolastico (Prof.ssa RUGGIERO ANNA MARIA)		
	prevista per i primi dieci giorni di malattia. Firma Visto, si autorizza	







