

**RICHIESTA PERMESSO**  
**art. 33 CCNL 2016-18**  
**PERSONALE ATA**  
**A.S. 202\_\_/202\_\_**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

- D S.G.A  
 Assistente Amm.vo  
 Collaboratore scolastico

con contratto a tempo determinato/indeterminato, in servizio presso questo Istituto-plesso \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di poter usufruire – ai sensi dell'art. 33 CCNL 2016-18 – di un permesso per l'espletamento di visite, terapie, prestazioni specialistiche od esami diagnostici:

- N. giorni \_\_\_\_\_ di permesso dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_
- Dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ del giorno \_\_\_\_\_ per un totale di: ore \_\_\_\_\_

Allega la seguente documentazione:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Cervia, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*firma*

VISTO: SI concede

NON si concede

IL DIRIGENTE SCOLASTICO  
Prof.ssa Barbara Calcagno