

**DOMANDA DI PERMESSO RETRIBUITO ORARIO PER
L'ESPLETAMENTO DI VISITE, TERAPIE, PRESTAZIONI
SPECIALISTICHE O ESAMI DIAGNOSTICI**

AL DIRIGENTE SCOLASTICO del
Liceo "G. DAL PIAZ"
di F E L T R E

Il/La sottoscritto/a _____,
nato/a a _____ (____) il _____

in servizio in qualità di _____ assunto a tempo DETERMINATO INDETERMINATO

presso il Liceo "DAL PIAZ" di Feltre,

C H I E D E

alla S.V. la concessione di n. _____ ore di permesso retribuito
Il giorno _____
dalle ore _____ alle ore _____

Seguirà Documentazione Sanitaria come da Autocertificazione (sul retro)

NOTA: C.C.N.L. 2016/2018- Art.33

Comma1: Ai dipendenti ATA sono riconosciuti specifici permessi per l'espletamento di visite, terapie, prestazioni specialistiche od esami diagnostici, fruibili su base sia giornaliera che oraria, nella misura massima di 18 ore per anno scolastico, comprensive anche dei tempi di percorrenza da e per la sede di lavoro.

Comma 9: L'assenza dovrà essere giustificata mediante attestazione redatta dal medico o dal personale amministrativo della struttura, anche privata, che ha svolto la visita o la prestazione.

Data, _____

Firma _____

SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO

TOTALE di permessi orari retribuiti per visite/esami fruiti: _____ (massimo fruibili 18 ore)

data _____	ore fruitate _____	data _____	ore fruitate _____
data _____	ore fruitate _____	data _____	ore fruitate _____
data _____	ore fruitate _____	data _____	ore fruitate _____
data _____	ore fruitate _____	data _____	ore fruitate _____

VISTO, SI CONCEDE

**IL DIRIGENTE SCOLASTICO.
Prof. Mario Baldasso**

Firmato digitalmente ai sensi del Codice dell'Amministrazione
digitale e norme ad esso connesse

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(rilasciata ai sensi dell'art. 47 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000)

Il/La sottoscritto _____
(Cognome) (nome)

nato a _____ (_____) il _____
(Comune di nascita / Stato estero) (prov)(data)

residente a _____ (_____)
(Comune di residenza) (prov)

in Via/Piazza _____ n. _____ c.a.p. _____

consapevole delle sanzioni penali, in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000

DICHIARA

Che lo/la stesso/a in data odierna si è recato/a

Presso _____
(denominazione della struttura)

in _____ n. _____ c.a.p. _____
(località) (indirizzo)

PER : _____

VISITA/ TERAPIA/ PRESTAZIONI SPECIALISTICA/ ESAMI DIAGNOSTICI

Dalle ore _____ alle ore _____

Luogo e data

Il Dichiarante
