Al Dirigente Scolastico

 Istituto Comprensivo di Ravello - Scala

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in servizio presso codesto Istituto in qualità di:

 Dsga Ass.te amm.vo Coll. scolastico

plesso di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con contratto a tempo indeterminato determinato

regime Tempo pieno Part-time (ore\_\_\_\_\_\_\_\_)

C H I E D E

di assentarsi per gg \_\_\_\_\_\_ oppure ore n. (dalle ore alle ore ) del giorno\_\_\_\_\_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

per il seguente motivo: Visita, terapia, prestazione specialistica o esami diagnostici (ai sensi dell’art. 33 del C.C.N.L. 19/04/2018)

• Si allega: attestazione medica

DATA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 FIRMA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

=======================================================================

Visto: si concede non si concede

 IL DIRIGENTE SCOLASTICO

 Giuseppe Santangelo