**PERSONALE ATA**

 Al Dirigente Scolastico

 dell’Istituto Comprensivo Statale

 di CAPPELLA MAGGIORE

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

in servizio presso questo Istituto in qualità di:

 Dsga Ass.te amm.vo Coll. scolastico

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

con contratto a tempo indeterminato determinato

 regime Tempo pieno Part-time

* + - * 18 ore
			* 24 ore
			* 30 ore

**C H I E D E**

di assentarsi per ore totali \_\_\_\_\_\_ dalle ore \_\_\_\_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_\_\_ (non si indicano i minuti inferiori ai 30’) il giorno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

o dal giorno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_per un totale di ore di servizio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

per il seguente motivo:

 **Visita, terapia, prestazione specialistica o esami diagnostici** (ai sensi **dell’art. 33** del C.C.N.L.

 19/04/2018) – Allega/allegherà certificazione medica.

Cappella Maggiore, li\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ In fede

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

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

 Il Dirigente Scolastico

 Dott. Elvio POLONI