**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