

**Al Dirigente
Scolastico
Dell'Istituto Comprensivo
di Dozza Imolese Castel Guelfo**

OGGETTO: Assenze per l'espletamento di visite, terapie, prestazioni specialistiche od esami diagnostici art. 33 CCNL Comparto Istruzione e Ricerca 19/04/2018

Il/La
sottoscritto/a _____

in servizio presso codesto Istituto nel corrente anno scolastico in qualità _____
di: _____

_____ a tempo
_____ indeterminato a tempo determinato

C H I E D E

di poter fruire il giorno _____

di n. _____ ore di permesso orario dalle ore _____ alle ore _____,

ai sensi dell'art.33 del C.C.N.L.Comparto Istruzione e Ricerca
19/04/2018

Imola, _____

Firma

**ISTITUTO COMPrensIVO DOZZA IMOLESE CASTEL GUELFO
PIAZZA DELLA LOGGIA, 2 TOSCANELLA DI DOZZA TEL. 0542/672496 FAX0542/625035**

Motivazioni del Direttore dei Servizi Generali e Amministrativi

Vista la richiesta del/la
Sig. _____

Considerato che a tutt'oggi i permessi orari richiesti dal dipendente non superano le _____ ore

Il Direttore dei SS.GG.AA.

LA DIRIGENTE SCOLASTICA