

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "E. OLMI"
VIA PRIVATA A. MAFFUCCI, 60
20158 MILANO (MI)

Oggetto: Permesso retribuito per visita medica specialistica - Riservato al personale A.T.A.

Il/La sottoscritt_____ in servizio in qualità di _____

a tempo determinato/ indeterminato in servizio presso il plesso _____

CHIEDE

di poter usufruire di un permesso **retribuito** (fino ad un massimo di 18 ore annuali riproporzionate in caso di part time)

per l' espletamento di visite mediche, terapie, prestazioni specialistiche od esami diagnostici
per il giorno _____.

L'assenza dal servizio avrà la seguente durata:

il giorno _____ (fino ad un massimo di 18 ore annuali – la giornata intera si considera 7,12 ore)

dalle ore _____ alle ore _____ del giorno _____ comprensiva del
tempo di viaggio per raggiungere l'ambulatorio medico.

Al rientro presenterà la prescritta documentazione medica o autocertificazione.

Milano, _____

(Firma)

Visto,

si autorizza

non si autorizza

Il Dirigente Scolastico
(Roberta Colombo)
