

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)

\_\_\_\_\_