

**Al Dirigente Scolastico
IC Via De Gasperi – Seveso
Dott. Giuseppe Vella**

**OGGETTO: Richiesta permesso per espletamento di visite, terapie, prestazioni specialistiche o esami diagnostici – personale ATA
(art. 69 CCNL Istruzione e Ricerca 2019–2021)**

Il/la sottoscritto/a: _____
in servizio presso l'Istituto Comprensivo Statale di Via De Gasperi - Seveso in qualità di:

CHIEDE

ai sensi dell'art. 69 del CCNL Comparto Istruzione e Ricerca 2019–2021 di fruire di un permesso:

nel giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____

OPPURE

☐ per la durata dell'intera giornata lavorativa

Dichiara di impegnarsi a consegnare, al rientro, idonea attestazione rilasciata dalla struttura sanitaria o dal professionista che riporti data e orari della prestazione.

In caso di diniego a fruirne, i motivi di servizio ostativi devono essere comunicati per iscritto allo/a scrivente ai sensi dell'artt. 2 e 3 della Legge 241/90.

Data: _____

Firma:

VISTO

☐ **SI CONCEDE** ☐ **NON SI CONCEDE**

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Dott. Giuseppe Vella

IL DIRETTORE S.G.A.

Dott. Francesco Manfredonia