

AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
dell'I.C. O. ROVERE

OGGETTO: permesso breve

\_\_l\_\_ sottoscritt\_ \_\_\_\_\_

- in servizio presso questo istituto comprensivo
- in qualità di:     DSGA    Assistente Amministrativo    Collaboratore Scolastico
- con contratto a TEMPO     Indeterminato    Determinato dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_
- con turno di servizio dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'articoli 75 e 76 del decreto del Presidente della Repubblica del 28 dicembre 2000, n. 445 e successive modifiche e integrazioni, sotto la propria responsabilità,

**CHIEDE**

**A.**  ai sensi dell'art. 67 del C.C.N.L. 2019-2021 **(Permessi orari retribuiti per motivi personali o familiari):**

di assentarsi dal servizio il giorno \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

dalle ore \_\_\_\_:\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_:\_\_\_\_

per il seguente motivo: \_\_\_\_\_

**B.**  ai sensi dell'art. 69 del C.C.N.L. 2019-2021 **(Assenze per l'espletamento di visite, terapie, prestazioni specialistiche od esami Diagnostici):**

di assentarsi dal servizio il giorno \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

dalle ore \_\_\_\_:\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_:\_\_\_\_

Dichiaro di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui al Regolamento Europeo 2016/679 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo e data, \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

N.B.

**A. I permessi complessivamente fruiti non possono eccedere 18 ore nel corso dell'anno scolastico.**

**B. Il permesso è fruibile sia su base giornaliera che oraria, nella misura massima di 18 ore per anno scolastico, comprensive anche dei tempi di percorrenza da e per la sede di lavoro.**

**L'assenza è giustificata mediante attestazione, anche in ordine all'orario, redatta dal medico o dal personale amministrativo della struttura, anche privati, che hanno svolto la visita o la prestazione ed è trasmessa all'amministrazione.**

\*\*\*\*\*

Visto

[ ] SI AUTORIZZA [ ] NON SI AUTORIZZA

Il Dirigente Scolastico  
Prof.ssa Marisa Marchizza