Mod. 2 solo ATA

AL DIRIGENTE DELL'ISTITUTO
COMPRENSIVO DI ROCCASTRADA

OGGETTO: Permesso per visite, terapie, prestazioni specialistiche od esami diagnostici.
(art. 33 CCNL 2016/18)

Io sottoscritt

in servizio presso codesto Isituto in qualità di

chiedo un permesso orario dalle ore alle ore

il

per ☐ esami diagnostici ☐ visite specialistiche ☐ terapie

L'appuntamento è fissato alle ore

presso

(indicare struttura sanitaria ☐ pubblica o ☐ privata)

Data

Firmato