

ASSENZE PERSONALE A.T.A
PER VISTE, TERAPIE, PRESTAZIONI SPECIALISTICHE, ESAMI, ECC

Mod. AP – 1b

Pagina 1 di 1

Al Dirigente Scolastico

__ 1 __ sottoscritt_ _____

ATA a tempo determinato/indeterminato con qualifica _____

CHIEDE

ai sensi dell'art. 33 del CCNL del 19 aprile 2018 (limite massimo nel corso dell'anno scolastico 18 ore), **di poter usufruire di un permesso** per n. ore ____ dalle ____ alle ____ in data _____, per i seguenti motivi (dettagliare non si possono accettare motivi generici):

Il/la sottoscritt_ comunica di aver fruito di n° _____ ore di permesso per il corrente anno scolastico e che l'orario di servizio nel giorno del permesso richiesto è di ore _____

DICHIARA

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, sotto la propria responsabilità **entrambi i punti sottostanti**:

1. che non è stato possibile fissare la visita medica/prestazione specialistica//accertamento diagnostico, in altro orario.
2. **che al rientro presenterà la certificazione rilasciata dalla struttura sanitaria che ha erogato la prestazione attestante luogo e orario in cui è stata effettuata.**

Data, _____

(firma)

RISERVATO ALLA SEGRETERIA

SI concede NON si concede

Il D.S.G.A.

Il Dirigente Scolastico

N.B. i moduli incompleti non potranno essere presi in considerazione

Si autorizza l'istituzione scolastica ad utilizzare i dati contenuti nel presente documento nell'ambito e per i fini propri dell'amministrazione scolastica (D. Lgs 30 Giugno 2003, n° 196)