Al Dirigente Scolastico dell'I. C. S. PIAZZOLA SUL BRENTA

Personale **ATA** art.33 CCNL/18 commi 5 e 6

permessi per l'espletamento di visite, terapie, prestazioni specialistiche od esami diagnostici

Se fruiti per l'intera giornata

I permessi orari possono essere fruiti anche **cumulativamente per la durata dell'intera giornata lavorativa,** in questo caso:

***Comma* 5 -** l'incidenza dell'assenza sul monte ore a disposizione del dipendente viene computata con riferimento all'orario di lavoro che il medesimo avrebbe dovuto osservare nella giornata di assenza (in questo caso, per esempio, vengono scalate le 7 ore a 12 a chi fa tale orario).

Comma 6 - il trattamento economico accessorio del lavoratore è sottoposto alla medesima decurtazione prevista dalla vigente legislazione per i primi dieci giorni di ogni periodo di assenza per malattia.

Il/la sottoscritto/a ……Plesso di…..……

❒ **Collaboratore Scolastico** ❒ **Assistente Amm.va** ❒ **D.S.G.A.**

con contratto a tempo ❒ **I**ndeterminato ❒ **D**eterminato

in servizio presso questo Istituto nell'a.s. **20 ….. / 20 …..** chiede alla S.V. la concessione di un:

☞ **PERMESSO ORARIO** per il giorno ……..……dalle ore …….. alle ore ..…….

per il seguente motivo: ……

……....

Propone di recuperare le ore di permesso sopra richieste:

nel giorno ……..dalle ore ……..…….. alle ore ……..……..……..

nel giorno ……..dalle ore ……..…….. alle ore ……..…….

PER I COLLABORATORI SCOLASTICI

N.B. Si dichiara che i colleghi sono a conoscenza della richiesta e che si è in accordo con essi perché vi sia un servizio comunque regolare.

Firma dei colleghi interessati al permesso orario:

……

……...

……..

Firma dei colleghi in servizio, se la richiesta è durante il periodo estivo:

…… ……

…… ……

Piazzola sul Brenta …… Firma ……

VISTO ☐ SI CONCEDE ☐ NON SI CONCEDE

La D.S.G.A.

VISTO ☐ SI CONCEDE ☐ NON SI CONCEDE

La Dirigente Scolastica
Dott.ssa Paola Angius