

Mod 6

Al Direttore / Direttore Amministrativo

Oggetto: Permesso retribuito per espletamento di visite, prestazioni specialistiche od esami diagnostici.

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a il _____ a _____ (Prov.____) e residente a _____ (Prov.____) in Via/Piazza _____ n°_____, in servizio presso questa Istituzione in qualità di:

DOCENTE ATA Part- time orizzontale Part- time verticale

T.I. T.D. con la presente istanza , in riferimento all'oggetto,

CHIEDE

ai sensi dell'art. 104, del CCNL Istruzione del 19/04/2018 di usufruire di permesso retribuito per espletamento di visite, prestazioni specialistiche od esami diagnostici, :

- il _____
- dalle _____ alle _____ del giorno _____.

Distinti saluti.

Si Allegherà la documentazione attestante l'espletamento della visita rilasciata dalla struttura.

Luogo e data

Firma

Per presa visione Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi dell'art.13 del Regolamento (UE) 679/2016
