



## ISTITUTO COMPRENSIVO DRUENTO

Via Manzoni, 11  
10040 Druento TO  
www.icdruento.edu.it

e-mail toic89000v@istruzione.it  
C.F.97745300018 C.M. TOIC89000V  
tel.011 984 65 45 fax.011 994 22 47



Al D.S.G.A.

### **RICHIESTA PERMESSO BREVE – pers.le A.T.A. (Anno Scolastico \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ )**

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_

collab. scol.       ass. amm./tec.       d.s.g.a.

in servizio nel plesso di scuola:  dell'infanzia       primaria       secondaria di I grado

di:  *Druento*       *Givoletto*       *S. Gillio*

#### **CHIEDE**

ai sensi dell'art.33 del C.C.N.L. 2016/2018, **DI POTER USUFRUIRE DI UN PERMESSO PER VISITE – TERAPIE – PRESTAZIONI SPECIALISTICHE – ESAMI DIAGNOSTICI**

di N. ore \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ (1)

**DICHIARA** inoltre che:

- nel corrente anno scolastico ha già usufruito di n. \_\_\_\_\_ ore (2),
- pertanto le ore residue sono \_\_\_\_\_.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

#### **RISERVATO ALLA SEGRETERIA**

Il/La Sig. \_\_\_\_\_ È'/NON E' autorizzat \_\_\_\_\_  
ad usufruire di un **PERMESSO PER VISITE – TERAPIE – PRESTAZIONI SPECIALISTICHE –  
ESAMI DIAGNOSTICI** il \_\_\_\_\_ dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ per n. \_\_\_\_\_ ore.

Il D.S.G.A.  
Franco Belmonte