

Il/la sottoscritto/a _____

in servizio presso codesto Istituto in qualità di:

Dsga Ass.te amm.vo Coll. scolastico

plesso di _____

con contratto a tempo indeterminato determinato

regime Tempo pieno Part-time

CHIEDE

di assentarsi il giorno _____ (dalle ore _____ alle ore _____)

dal _____ al _____

dal _____ al _____

dal _____ al _____

per il seguente motivo:

Visita, terapia, prestazione specialistica o esami diagnostici (ai sensi dell'art. 33 del C.C.N.L. 19/04/2018)

Permesso per motivi personali o familiari (ai sensi dell'art. 31 del C.C.N.L. 19/04/2018)

• Si allega: _____

Visto

si concede non si concede

La Dsga
Rita Crialesi

La Dirigente Scolastica
Prof.ssa Tiziana Santoro