

**Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo di GATTEO**

Il/Lasottoscritto/a _____

- A.T.A.** con contratto di lavoro a tempo determinato indeterminato in servizio nel plesso di :
 Pascoli Pascoli M. De Amicis Collodi Moretti Peter Pan Girasole Pinocchio
 Uff. Segreteria

CHIEDE

- Permesso orario retribuito per motivi personali o familiari** (Art. 31 del CCLN 2016-2018) (MAX 18 ore per a.s.)

di poter usufruire il _____ per n. ore _____

dalle ore _____ alle ore _____

Dichiaro di aver usufruito nell'anno scol. 2023-2024 di n° _____ ore per motivi personali/ familiari.

N.B.= a)Permesso non fruibile per frazione inferiore ad un'ora.

b) In caso di part-time si procede al riproporzionamento delle ore di permesso a cui si ha diritto.

- Permesso orario retribuito per agevolazione a portatori di handicap** (Art. 32 del CCLN 2016-2018)
(Legge 104/1992) (MAX 18 ore mensili)

di poter usufruire il _____ per n. ore _____

dalle ore _____ alle ore _____

Dichiaro di aver usufruito nel mese di 2023-24 di n° _____ ore
per agevolazione a portatori di Handicap.

N.B.=a) Di norma si richiede programmazione mensile. b) Per urgenze entro le 24 ore precedenti e comunque non oltre l'inizio dell'orario di lavoro del giorno in cui il dipendente utilizza il permesso. c) Per i donatori di sangue e di midollo osseo si richiede un preavviso di 3 giorni, salvo le ipotesi di comprovata urgenza.

- Permesso orario retribuito per visite, terapie, prestazioni specialistiche od esami diagnostici (comprensive anche dei tempi di percorrenza da e per la sede di lavoro)** (Art. 33 del CCLN 206-2018) (MAX 18 ore per a.s.)

di poter usufruire il _____ per n. ore _____

dalle ore _____ alle ore _____

Dichiaro di aver usufruito nell'anno scol. 2023-2024 di n° ore per visite, terapie, prestazioni specialistiche od esami diagnostici.

N.B. = a) Si richiede, di norma, un preavviso di 3 giorni. b) Per le urgenze, richiesta entro le 24 ore precedenti e comunque non oltre l'inizio dell'orario di lavoro del giorno in cui il dipendente utilizza il permesso.

c) L'assenza deve essere giustificata da parte del medico o da parte della struttura amministrativa sanitaria che hanno svolto la visita o la prestazione.

Gatteo

(firma del dipendente)

VISTO: SI AUTORIZZA

NON SI AUTORIZZA

Il Dirigente Scolastico
Prof.ssa Imelda Lambertini

MOTIVAZIONE DELLA RICHIESTA

1 - Per Permesso orario retribuito per motivi personali o familiari (breve descrizione anche molto generica)

.....
.....
.....

Data

FIRMA

.....

2 - Per Permesso orario retribuito per agevolazione a portatori di handicap (L.104/92)

(breve descrizione anche molto generica)

.....
.....
.....

Data

FIRMA

.....

3 - Per Permesso orario retribuito per visite mediche, terapie, prestazioni specialistiche o esami diagnostici

(breve descrizione anche molto generica)

.....
.....
.....

Data

FIRMA

.....