

Al Dirigente Scolastico  
Istituto Comprensivo I Darfo

**OGGETTO: Richiesta per espletamento visite, terapie, prestazioni specialistiche o esami diagnostici**

, in servizio in questo Istituto Comprensivo in qualità di  
 assunto con contratto a tempo , presso il plesso

**CHIEDE**

Per il giorno  (in servizio <sup>1</sup>nella giornata per tot.  ore )

dalle ore  alle ore  Tot. n.  ore

INTERA GIORNATA

**PER I SEGUENTI MOTIVI :**

---

**PERMESSO BREVE** ai sensi dell'Art. 16 del CCNL 2018 : **T.I. – T.D**

Ata: fino al 50% dell'orario giornaliero, massimo 36 ore annuali.

(Entro i due mesi lavorativi successivi a quello della fruizione del permesso, il dipendente è tenuto a recuperare le ore lavorate in una o più soluzioni in relazione alle esigenze di servizio. Nei casi in cui non sia possibile il recupero per fatto imputabile al dipendente, l'Amministrazione provvede a trattenere una somma pari alla retribuzione spettante al dipendente stesso per il numero di ore non recuperate).

SARA' SOSTITUITO DA

SI DICHIARA LA PRESA VISIONE DEL COLLEGA CHE SOSTITUISCE

---

**PERMESSO RETRIBUITO** Ata T.I.-TD (18 ore annuali **PER MOTIVI PERSONALE E FAMILIARI**)

( con riproporzionamento delle ore per Ptime per frazioni pari o superiori all'unità oraria e massimo per 6 ore nella giornata)

Si allegherà attestazione della prestazione medica.

---

**PERMESSO RETRIBUITO** personale Ata T.I.-T.D ( 18 ore annuali per **PRESTAZIONI MEDICHE**)

(con riproporzionamento delle ore Ptime per frazioni pari o superiori all'unità oraria e massimo per 6 ore nella giornata)

Si allegherà attestazione della prestazione medica.

---

**ASSENZA PER MALATTIA**

(giornata intera) ai sensi dell'Art. 16 l. 111/2011 e della circ.10/2011 Personale ATA T.I.- T.D.

Si allegherà apposita documentazione.

---

SI DICHIARA LA PRESA VISIONE DA PARTE DEL DSGA

Darfo, li

Il richiedente