Al Dirigente Scolastico

dell’Istituto Comprensivo Pescara 5

Via V. Gioberti, 15

65123 PESCARA

Oggetto: Richiesta assenza per visite specialistiche, terapie ed accertamenti diagnostici (art. 33 del CCNL 19/04/2018) – **PERSONALE A.T.A.**

Il/La sottoscritta/a ……………………………………………………………………………………………………………..............................

nato/a ……………………………………………………………………………………………………………… il ………………………………………..

residente a …………………………………………………………………………………………….… prov. ………………………………………….

Via/Piazza …………………………………………………………………………………………..………… n. ………….. in servizio presso la sede …………………………………………………………………………. di questo Istituto in qualità di …………………………………… con contratto a tempo ………………………………………………………………………………. ,

**COMUNICA**

Ai sensi dell’art. 33 del CCNL 19/04/2018, la propria assenza **per visite specialistiche, terapie ed accertamenti diagnostici** per il seguente periodo:

dal ……………………….. al …………………………. per n° ore ………………… dalle ore ………………… alle ore…………………….

dal ……………………….. al …………………………. per n° ore ………………… dalle ore ………………… alle ore…………………….

dal ……………………….. al …………………………. per n° ore ………………… dalle ore ………………… alle ore…………………….

A tal fine il/la sottoscritto/a dichiara che nel corrente a.s. ha fruito di n. …..……/18 ore di assenza per visite specialistiche, terapie ed accertamenti diagnostici.

**Si allega: attestazione medica di presenza con indicazione dell’orario.**

**Pescara, …………………………………………………….. ………………………………………………………………….**

 **(firma)**

Visto Visto si concede

**……………………………………………………… …....…………………………………………………….**

 (Il D.S.G.A. -Dott.ssa Rossana Di Dorotea) (Il D.S. – Prof.ssa Daniela Massarotto)