Modello n. 5

Al D.S.G.A.
I.T.I.S. "MARIO DELPOZZO"

C U N E O

Oggetto: **RICHIESTA PERMESSI PER ESPLETAMENTO DI VISITE, TERAPIE, PRESTAZIONI SPECIALISTICHE O ESAMI DIAGNOSTICI - PERSONALE A.T.A.**

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il_____ in servizio presso codesto Istituto in qualità di _____

con rapporto di lavoro a

- **tempo indeterminato**
- **tempo determinato**

C H I E D E

un permesso per il seguente motivo:

□ **permesso orario – art. 69 CCNL 2019-21**

□ **permesso giornaliero – art. 69 co.5 CCNL 2019-21**

nei seguenti giorni:	dalle ore – alle ore:	per un totale di ore:
_____	_____-_____	_____
_____	_____-_____	_____
_____	_____-_____	_____
_____	_____-_____	_____

L'assenza per i permessi ex art. 69 è giustificata mediante attestazione, anche in ordine all'orario, redatta dal medico o dal personale amministrativo della struttura, anche, privati, che hanno svolto la visita o la prestazione.
L'attestazione va inoltrata all'amministrazione dal dipendente

Data, _____ Firma_____

VISTO:

IL FUNZIONARIO ED E.Q.

_____