



LICEO SCIENTIFICO STATALE "LEONARDO DA VINCI"- FIRENZE

Via G. dei Marignolli, 1 Cap 50127 Tel. 055 366951/2

e-mail fips030006@istruzione.it - fips030006@pec.istruzione.it Cod. Fisc. 80022370482

Protocollata in data

Prot.n./07-01

Al Dirigente Scolastico
del Liceo Scientifico "Leonardo Da Vinci"
Firenze

OGGETTO: RICHIESTA DI PERMESSO ORARIO PER L'ESPLETAMENTO DI VISITE, TERAPIE, PRESTAZIONI SPECIALISTICHE O ESAMI DIAGNOSTICI (ART. 33 CCNL 2018)

Il/La sottoscritto/a _____ in servizio presso questo Istituto in qualità di

- D.S.G.A.
- Assistente Amministrativo
- Assistente Tecnico
- Collaboratore Scolastico

a tempo

Indeterminato

Determinato

CHIEDE

di poter fruire di un permesso orario per malattia ai sensi dell'art.33 del CCNL 2016/2018 il giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____ per complessive n. _____ ore;

Si allega attestazione della prestazione sanitaria.

Firma del dipendente

- La domanda di fruizione dei permessi va presentata almeno 3 giorni prima. Nei casi di particolare e comprovata necessità la domanda può essere presentata anche nelle 24 ore precedenti la fruizione e comunque non oltre l'inizio dell'orario di lavoro del giorno in cui il dipendente intende fruire del periodo di permesso giornaliero o orario.

IL D.S.G.A.
Dott.ssa Chiara D'Errico

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof.ssa Donatella Frilli