

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

Il sottoscritto _____, in servizio presso questo Istituto Comprensivo in qualità di Docente / Personale ATA, assunto con contratto a tempo Determinato / Indeterminato, in servizio presso il plesso Sc. Infanzia, Primaria, Secondaria di _____

CHIEDE

- permesso breve** ai sensi dell'Art. 16 del CCNL 2018 Personale Docente e Ata **T.I. - T.D**

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

→ Docenti: fino al 50% dell'orario giornaliero e comunque fino ad un massimo di 2 ore [unità minime orarie di lezione], subordinata alla possibilità della sostituzione con personale in servizio [c.5], massimo 22 o 18 ore annuali, rispettivamente per insegnanti di scuola Infanzia, Primaria e Secondaria.

per il giorno ____/____/____ **(in servizio ¹nella giornata per tot. ore ____)**
dalle ore _____ **alle ore** _____ **Tot. n. ore** _____

PER I SEGUENTI MOTIVI _____

SARA' SOSTUITO DAL DOCENTE SIG

(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).

(Firma del docente che sostituisce)

(Firma del richiedente)

- permesso retribuito** solo personale Ata **T.I.** con riproporzionamento delle ore per Ptime (18 ore annuali per motivi personali o familiari- Art. 31 C.C.N.L./2018 per frazioni pari o superiori all'unità oraria e massimo per 6 ore nella giornata)

il giorno _____ per i seguenti motivi: _____

- permesso retribuito** solo personale Docente **T.I.** (3 gg. per motivi personali o familiari - Art. 15 c.2 C.C.N.L./2018)

il giorno _____ per i seguenti motivi: _____

- permesso retribuito** solo personale Ata **T.I.- T.D** con riproporzionamento delle ore Ptime (18 annuali per prestazioni mediche. Art. 33 C.C.N.L./2018 per frazioni pari o superiori all'unità oraria e massimo per 6 ore nella giornata)

il giorno _____ per i seguenti motivi: _____

- assenza per malattia (giornata intera)** ai sensi dell'Art. 16 l. 111/2011 e della circ.10/2011 Personale Docente e Ata **T.I.- T.D**.

il giorno _____ per i seguenti motivi: _____

Si allegnerà attestazione della prestazione medica.

Darfo, lì __/__/__

(Firma del richiedente)

IL FIDUCIARIO O DSGA _____

- Visto

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Dott.ssa Cristiana Ducoli Appolonia

¹ Per il conteggio delle ore di servizio giornaliero includere anche le attività inserite nel piano annuale.