

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo
di Sanguinetto

Oggetto: **Permesso retribuito per l'effettuazione di esami e visite prenatali –**

(art. 14 Decreto L.vo 26/3/2001 n. 151 modificato ed integrato dal Decreto L.vo 23/4/2003 n. 115)

La sottoscritta _____ nata a _____
Il _____ residente a _____ Via _____, docente
– personale ATA – assunta con contratto a tempo indeterminato – determinato in servizio presso

CHIEDE

di poter usufruire di un permesso retribuito per l'effettuazione di esami, accertamenti clinici ovvero visite mediche specialistiche, il giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____.

Si dichiara che gli esami sopraccitati non sono effettuabili al di fuori dell'orario di lavoro.

Successivamente, la sottoscritta presenterà la documentazione giustificativa attestante la data e l'orario di effettuazione degli esami.

Data, _____

Firma _____