



ISTITUTO COMPRENSIVO

PRA'

Codice ministeriale: GEIC83500L



Il/la sottoscritto/a _____ in servizio in qualità di **COLLABORATORE SCOLASTICO** chiede la concessione e/o comunica l'assenza per il seguente periodo:

- il ____/____/202__ ; - il ____/____/202__ ;
- il ____/____/202__ ; - il ____/____/202__ .

Permessi orari retribuiti per particolari motivi personali o familiari (18 ore nell'anno).

Orario: dalle ore ____:____ ▪ alle ore ____:____ ▪ tot. ore ____:____.

Giornaliero.

per l'espletamento di visite, terapie, prestazioni specialistiche od esami diagnostici

(nella misura massima di 18 ore annuali, comprensive anche dei tempi di percorrenza da e per la sede di lavoro).

Giornaliero.

Orario: dalle ore ____:____ ▪ alle ore ____:____ ▪ tot. ore ____:____.

Si allega alla presente relativa documentazione.

Genova, li ____/____/202__

Firma dell'interessato/a

VISTO

SI CONCEDE

NON SI CONCEDE

Il Direttore S.G.A.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof. Luca GOGGI