

La/il sottoscritta/o

in servizio presso Codesta Istituzione Scolastica in qualità di

Ammin./Tecnico

Collab. Scolast.

A tempo Indeterminato

Supplente

**CHIEDE**

di poter usufruire di un **PERMESSO BREVE** (blocchi di almeno mezz'ora e max 50% dell'orario di lavoro):

dalle ore

alle ore

del giorno

Tipologia di permesso breve richiesto:

permesso breve, **da recuperare**

permesso breve a recupero di prestazioni straordinarie **già effettuate**

permesso breve per **visite mediche, terapie, esami diagnostici**, ai sensi dell'art. 33 CCNL 2018 (max 18 ore per anno scolastico (art. 33 c. 1) ). L'assenza deve essere giustificata con l'attestazione redatta dal medico o dal personale della struttura (art. 33 c. 9)

permesso per **motivi personali o familiari**, ai sensi dell'art. 31 CCNL 2018 (minimo 1 ora, max 18 ore per anno scolastico (art. 33 c. 2) ). L'assenza può essere documentata anche mediante autocertificazione (art. 31 c. 1).  
nota: SOLO PER IL PERSONALE A TEMPO INDETERMINATO.

data:

firmato

*Riservato all'ufficio*

se ne propone la concessione

se ne propone il diniego perché:

\_\_\_\_\_

Il Direttore SGA  
Rag. Antonello Carlotti

*Il Dirigente Scolastico  
Prof.ssa Agata Ermelinda Gangemi*