

**OGGETTO : RICHIESTA DI FRUIZIONE DI PERMESSO ORARIO PER :**  
**VISITA MEDICA / ESAMI CLINICI – ATA – 18 ORE ANNUE -**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_,  
qualifica CS/AA

In servizio nel corrente a.s. presso la scuola:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="radio"/> Dell'infanzia di Cortenova | <input type="radio"/> Primaria di Cortenova |
| <input type="radio"/> Dell'infanzia di Taceno    | <input type="radio"/> Primaria di Primaluna |
| <input type="radio"/> Dell'infanzia di Primaluna | <input type="radio"/> Primaria di Pasturo   |
| <input type="radio"/> Primaria di Introbio       | <input type="radio"/> Media di Introbio     |
| <input type="radio"/> Primaria di Cassina        | <input type="radio"/> Media di Cremeno      |

con contratto a tempo :

- Determinato  Indeterminato

**CHIEDE**

di poter fruire il giorno \_\_\_\_\_ di n. \_\_\_\_\_ ore di permesso orario per visita medica/esami clinici,  
dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

Dichiara di aver già usufruito dei seguenti permessi orari, pari a ore \_\_\_\_\_

Distinti Saluti.

\_\_\_\_\_  
( data )

\_\_\_\_\_  
( firma )

Visto

Si autorizza (Eventuale nota DSGA/DS \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Non si autorizza ( Motivazioni \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**IL DSGA**

**IL DIRIGENTE SCOLASTICO**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_