

**Permesso per espletamento di visite, terapie, prestazioni specialistiche, esami diagnostici
Personale ATA a tempo indeterminato/determinato**

Riservato all'Ufficio Protocollo

**Al Dirigente Scolastico
Liceo Statale "Regina Margherita"
Via Valperga Caluso, n. 12 – Torino
E-Mail: topm050003@istruzione.it**

Oggetto: Richiesta permesso per espletamento di visite, terapie, prestazioni specialistiche, esami diagnostici (art. 33 CCNL Istruzione e Ricerca del 19/04/2018 - solo personale ATA)

Il/la sottoscritto/a _____,
nato/a a _____, prov. _____, il _____,
in servizio nel corrente anno scolastico presso codesta Istituzione Scolastica in qualità di **personale
ATA, profilo di** _____,
con contratto di lavoro a tempo indeterminato / determinato dal _____ al _____
per n. _____/36 ore settimanali di servizio,

CHIEDE

ai sensi dell'art. 33 CCNL Istruzione e Ricerca del 19/04/2018 di usufruire, compatibilmente con le esigenze di servizio, di un **permesso per espletamento di visite, terapie, prestazioni specialistiche, esami diagnostici**, nella misura massima di 18 ore per anno scolastico, comprensive anche dei tempi di percorrenza da e per la sede di lavoro, con le seguenti modalità:

- Su base giornaliera, il giorno** _____ per n. ore/minuti _____ / _____
- Su base oraria. Il giorno** _____ dalle ore _____ alle ore _____.

N.B. - I permessi in oggetto rientrano nel calcolo complessivo delle assenze per malattia ai fini del computo del periodo di massimo concedibile e sono soggetti al medesimo regime economico delle stesse (art. 33, c. 2). Sei ore di permesso fruite su base oraria corrispondono convenzionalmente ad una intera giornata lavorativa – Se fruiti per l'intera giornata il permesso viene computato con riferimento all'orario di lavoro che il medesimo avrebbe dovuto prestare. In caso di rapporto di lavoro a tempo parziale, si procede al riproporzionamento delle ore di permesso.

A tal fine dichiara:

- Che per il giorno predetto il proprio orario di servizio è il seguente:

Entrata ore		Uscita ore		Totale ore	

In caso di diniego a fruirla, i motivi di servizio ostativi devono essere comunicati per iscritto allo/a scrivente ai sensi degli artt. 2 e 3 della Legge n. 241/1990, come integrata dalla Legge n. 15/2005.

Distinti saluti.

Si allega

- _____ (autocertificazione/documentazione giustificativa della richiesta);
- Si riserva di presentare al rientro in servizio idonea attestazione (l'attestazione può essere trasmessa anche per via telematica, a cura del medico o della struttura).

_____, _____ Firma _____

Riservato all'Ufficio

Visto, per il personale ATA si esprime parere _____

**Il Direttore S.G.A.
Claudio Innamorato**

Vista la domanda

- Si concede - Non si concede per i seguenti motivi _____

**IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Francesca Di Liberti**

- Il permesso è stato regolarmente registrato e comunicato in data _____,
per l'eventuale sostituzione, a cura dell'assistente amministrativo _____.

Dichiarazione sostitutiva di certificazione
(Art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

Il/La sottoscritt _____,
nato/a a _____ prov. _____ il _____,
residente a _____, prov. _____,
in via _____, n. _____,
telefono n. _____ - cell. n. _____,
indirizzo E-Mail _____ - Pec _____,
in servizio nel corrente anno scolastico presso codesta Istituzione Scolastica in qualità di:
 Personale ATA, profilo professionale di _____,
con contratto di lavoro a tempo indeterminato / determinato dal _____ al
_____ per n. _____/36 ore settimanali di servizio;

Consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 D.P.R. n. 445/2000 e che decadrà da ogni beneficio eventualmente conseguito da provvedimenti adottati sulla base di dichiarazioni non veritiere, ai sensi e per gli effetti dell'art. 75 del D.P.R. n. 445/2000;

Informato che ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679, recante disposizioni a tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, i dati personali forniti formeranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra richiamata e degli obblighi di riservatezza cui è tenuto il Liceo Statale "Regina Margherita" di Torino;

D I C H I A R A

- Di essere in servizio presso questo Istituto in qualità di personale ATA con contratto di lavoro a tempo indeterminato/determinato;
- Di voler fruire di n. _____ ore di permesso **per espletamento di visite, terapie, prestazioni specialistiche, esami diagnostici** ai sensi dell'art. 33 CCNL Istruzione e Ricerca del 19/04/2018 per i seguenti accertamenti diagnostici/visite mediche:

_____, _____

Firma

N.B.: La presente dichiarazione deve essere corredata da fotocopia di documento di identità del sottoscrittore, in corso di validità.