



ISTITUTO AUTONOMO COMPRENSIVO "R. UCCELLA"  
SCUOLA DELL'INFANZIA – PRIMARIA – SECONDARIA DI PRIMO GRADO  
Via Lussemburgo, 1 – 81055 S. Maria C. V. (CE)  
Tel./fax 0823799213 – Distretto Scolastico n.16  
[ceic83700n@istruzione.it](mailto:ceic83700n@istruzione.it) [ceic83700n@pec.istruzione.it](mailto:ceic83700n@pec.istruzione.it)  
Codice scuola – CEIC83700N – CF. 80011810613



AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
Istituto Comprensivo "R. Uccella"  
S. Maria Capua Vetere (CE)

**OGGETTO: PERSONALE ATA - Domanda di permesso ai sensi dell'art. 33 del C.C.N.L. 2018  
(PER VISITE MEDICHE, TERAPIE, PRESTAZIONI SPECIALISTICHE O ESAMI  
DIAGNOSTICI).**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_, in servizio presso  
\_\_\_\_\_ in qualità di D.S.G.A./ Assistente Amm.vo/ Collaboratore Scolastico in  
servizio presso questo Istituto presso la sede \_\_\_\_\_, con contratto a tempo  
indeterminato ☐ determinato ☐

### **CHIEDE**

di usufruire:

- ☐ di n. \_\_\_\_\_ **giorno/i** di permesso dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_
- ☐ di n. \_\_\_\_\_ **ore** di permesso per il giorno \_\_\_\_\_ dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_  
(dichiara che nel giorno richiesto avrebbe dovuto prestare servizio dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_).

**per effettuare:**

- ☐ Visite mediche
- ☐ Terapie
- ☐ Prestazioni specialistiche o esami diagnostici

Al rientro consegnerà ATTESTAZIONE DI PRESENZA RILASCIATA DAL MEDICO O  
STRUTTURA SANITARIA.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Visto:

Il Dirigente Scolastico  
Dott.ssa Maria Carmela Garofalo