Alla Dirigente Scolastica

Alla DSGA

Il/La sottoscritt… \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in servizio presso questo Istituto in qualità di personale ATA a tempo determinato/indeterminato con la qualifica di A.A./C.S., chiede di poter usufruire, ai sensi dell’art. 35 comma 1 del CCNL 2016/2018, di un permesso per l’espletamento di visite, terapie, prestazioni specialistiche o esami diagnostici per il giorno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dalle ore \_\_\_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_\_\_ per complessive ore: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Allega al riguardo:

 attestazione della struttura sanitaria dalla quale risultano il giorno e l’ora fissati. In alternativa si riserva di produrre

 certificazione della struttura sanitaria attestante giorno e ora della prestazione.

Prato, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma del richiedente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

La dirigente scolastica/la DSGA

\_\_ CONCEDE

\_\_ NON CONCEDE per i seguenti motivi \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Prato, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Estratto CCNL 2016/2016 – art. 35

Ai dipendenti sono riconosciuti specifici permessi per l’espletamento di visite, terapie, prestazioni specialistiche o esami diagnostici, fruibili su base sia giornaliera che oraria, nella misura massima di 18 ore annuali.

In caso di rapporto di lavoro a tempo parziale, si procede al riproporzionamento delle ore di permesso di cui al comma 1.

Nel caso di dipendenti che, a causa delle patologie sofferte, debbano sottoporsi periodicamente, anche per lunghi periodi, a terapie comportanti incapacità al lavoro, è sufficiente un'unica certificazione, anche cartacea, del medico curante che attesti la necessità di trattamenti sanitari ricorrenti comportanti incapacità lavorativa, secondo cicli o calendari stabiliti. I lavoratori interessati producono tale certificazione all'amministrazione prima dell'inizio della terapia, fornendo il calendario previsto, ove sussistente.