

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| MINISTERO DELL’ISTRUZIONE E DEL MERITO | |  |
| UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO | |
| **ISTITUTO COMPRENSIVO** | |  |
| **“BRUNO MUNARI”** | |  |
| Via C. Perazzi, 30 - 00139 - ROMA | Tel. **06 8723 6392** |  |
| C.F.97567140583 | C.M.RMIC8B400C |  |



email [RMIC8B400C@istruzione.it](mailto:RMIC8B400C@istruzione.it)  https://icmunari.edu.it

**AL Dirigente Scolastico**

**I.C. “Bruno Munari”- Roma**

**DOMANDA PERMESSO BREVE –– Scuola Infanzia- Scuola Primaria -Scuola Secondaria I Grado (Art. 16 del CCNL Scuola Quadriennio Giuridico 2006/2009 vigente )**

**ATA (art.31 CCNL2016/2018 permesso personale -art.33 CCNL 2016/2018 permesso per visite specialistiche ,terapie ,esami diagnostici)**

Il/la sottoscritto/a ……………………………………………………………………………………………………………………………………..

in servizio presso questo Istituto comprensivo nel **plesso**…………………………………………………………………….

in qualità di………………………………………

* Tempo indeterminato
* Tempo determinato

**CHIEDE**

Ai sensi degli articoli previsti dalla legge, un permesso breve il giorno…………..................

dalle ore………………... alle ore ………………. per il seguente motivo ……………………………………………………………

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere a conoscenza che le richieste di permesso non potranno superare

complessivamente 24 ore (Scuola primaria), 25 ore (Scuola Infanzia), 18 + 18 ore (ATA) nel corso dell’anno:

Che le ore richieste verranno recuperate/già effettuate in data …………….. dalle ore ………. alle ore ………..

Che tale permesso dovrà essere recuperato entro due mesi in una o più soluzioni in relazione alle esigenze di servizio.

Che le ore non recuperate per motivi imputabili al sottoscritto saranno trattenute dalla retribuzione.

|  |  |
| --- | --- |
| Con osservanza | Firma |
|  |
| Data ………………………………… | …………………………………………………………………... |
|  |
| **IL DSGA** | **IL DIRIGENTE SCOLASTICO** |
| **Dott.ssa Daniela Granato** | **Dott.ssa Sabrina Quaresima** |