

*Al Dirigente scolastico
del V Circolo di Avellino*

OGGETTO: *Richiesta permesso retribuito per accertamenti clinici o diagnostici.*

*l' sottoscritt_ _____ docente /ATA
_____ di scuola _____,
a tempo determinato o indeterminato Primaria o dell'Infanzia
in servizio presso la scuola di _____, in posizione di
_____,
titolare, trasferito annuale, in assegnazione provvisoria, in utilizzazione*

CHIEDE

*la concessione di un permesso retribuito dal _____ al _____,
per complessivi gg. _____ dovendo sottoporsi a _____
presso _____*

A tal fine, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, consapevole delle sanzioni per false attestazioni e dichiarazioni mendaci previste dal Codice Penale e dalle leggi speciali in materia, dichiara sotto la personale responsabilità che:

- a. è stato possibile prenotare solo in orario _____ in coincidenza con le ore di lavoro*
- b. la prenotazione è prevista per le ore _____*

É consapevole che può essere svolto da parte dell'Amministrazione scolastica controllo presso l'Ente che ha effettuato la prestazione.

Inoltrerà al rientro certificazione della Struttura con indicazione dell'orario in cui è avvenuta la prestazione.

_____ l i _____

L'INSEGNANTE
