

Al Dirigente Scolastico  
Liceo Scientifico "R. Donatelli"  
Terni

**OGGETTO: Comunicazione permesso orario per motivi di salute (art. 33 CCNL)**  
(da utilizzare per l'espletamento delle visite fiscali, terapie, prestazioni specialistiche od esami diagnostici per un monte orario di 18 ore annue)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, in servizio presso  
codesto Liceo in qualità di \_\_\_\_\_, comunica che sarà assente dal servizio  
per motivi di salute per n° \_\_\_\_\_ ore, dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Il/la sottoscritto dichiara, sotto la propria responsabilità, di aver già fruito, nel corrente anno scolastico,  
del permesso retribuito nelle seguenti date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, per complessive  
ore \_\_\_\_\_.

Allega/Si riserva di allegare la documentazione giustificativa della richiesta.

Terni, li \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL RICHIEDENTE

VISTO,  PARERE FAVOREVOLE  
 PARERE CONTRARIO

IL D.S.G.A.  
(Dott.ssa Giuseppina Sbarzella)  
\_\_\_\_\_

SI CONCEDE  
 NON SI CONCEDE

IL DIRIGENTE SCOLASTICO  
(Prof.ssa Luciana Leonelli)  
\_\_\_\_\_