

## **DOMANDA PERMESSO BREVE SENZA RECUPERO**

*Dati dipendente*

cognome ..... nome .....

### **in servizio presso**



prim. Albegno     prim. Curnasco     prim. Lallio     second. Treviolo     second. Lallio

### **qualifica**

collab. scolastico     ass. amm.vo     dsga     docente

**a tempo**     indeterminato     determinato    **con orario**     intero     part-time

### **PREVIA MESSA A CONOSCENZA ED EVENTUALE DISPOSIZIONE DELLE SOSTITUZIONI**

 LA DOMANDA SENZA QUESTA FIRMA SARÀ RESPINTA DALLA SEGRETERIA 

Data, ...../...../..... VISTO del... responsabile di plesso/dsga.....

**Si richiede di poter usufruire, ai sensi della CM 301 del 27/06/96 e in alternativa a una giornata di assenza per motivi di salute,**

di un permesso per il giorno ...../...../..... dalle ore ..... alle ore ..... (tot. n..... ore)

per visita medica specialistica.

Si allega documentazione.

Data, ...../...../.....

Firma del dipendente .....



**Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca**  
Istituto Comprensivo Statale Cesare Zonca  
Viale Papa Giovanni XXIII 40 - 24048 Treviolo (BG)  
Tel: 035 691624 - 035 690763 Fax: 035691068  
Cod. mecc. BGIC884001 Cod. fis. 95118670165  
e-mail uffici: direzione@ictreviolo.it

Treviolo, ...../...../.....

**VISTO: SI CONCEDE.**

Il dirigente scolastico  
(prof. Lucio Marinelli)