

**RICHIESTA PERMESSI PER VISITE, TERAPIE, PRESTAZIONI SPECIALISTICHE O ESAMI
DIAGNOSTICI – PERSONALE DOCENTE e ATA** (da consegnare con almeno 3 giorni di anticipo)

Il/la sottoscritto/a (*nome e cognome*) _____

in servizio presso _____

docente di _____ DSGA Ass. amm.vo Collab. Scolastico

con contratto a tempo indeterminato tempo determinato (fino a _____)

CHIEDE

di poter fruire il giorno _____
di permesso per visita, terapia o esame diagnostico.

A tal fine chiede:

(*solo docenti*) permesso breve dalle ore _____ alle ore _____ (non più della metà dell'orario di servizio giornaliero e fino a un massimo di 2 ore da recuperare entro 60 gg)

(*solo ATA*) permesso orario dalle ore _____ alle ore _____
(fino a un massimo di 18 ore per anno scolastico)

giorno di permesso per motivi personali (max tre giorni in un anno scolastico)

giorno di permesso imputato ad assenza per malattia

Il/la sottoscritto/a si impegna a consegnare attestato di effettuazione delle prestazioni predisposti dal personale sanitario o amministrativo della struttura (anche privata).

Il/La sottoscritto/a:

- è consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni mendaci, richiamate dall'art. 76 DPR n 445/2000

- è consapevole che decade dai benefici acquisiti sulla base di dichiarazione non veritiera qualora dal controllo effettuato dall'Amministrazione emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione (artt. 71 e 75 D.P.R. 28.12.2000, n. 445)

- è informato che l'Istituzione scolastica tratterà i dati forniti, anche con l'ausilio di strumenti informatici, esclusivamente ai fini del procedimento in oggetto ed in misura pertinente, non eccedente e strettamente necessaria al perseguimento delle proprie funzioni istituzionali. I dati richiesti sono obbligatori ed in caso di eventuale rifiuto a rispondere l'Amministrazione non potrà definire la pratica. I dati potrebbero essere comunicati ad altre amministrazioni pubbliche qualora queste debbano trattare i medesimi per eventuali procedimenti di propria competenza istituzionale (art.13 d. lgs. 196/2003 e art. 13 Regolamento UE 2016/679);

- ha preso visione dell'informativa sulla privacy

Data _____ - Firma _____

Visto del DSGA (per gli ATA)	IL DIRIGENTE SCOLASTICO Emilio Porcaro
------------------------------	---