Al Dirigente Scolastico

 dell’IIS LS Mattei

Castrovillari (CS)

Il/La sottoscritto/a ,

in servizio presso

in qualità di a tempo **indeterminato,**

 **determinato**

ai sensi dell’art. 16 del CCNL 24/7/03:

CHIEDE

n° \_\_\_\_ \_ **ORE** di **PERMESSO BREVE**

dalle ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alle ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

del giorno\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

non superiore alla metà dell’orario giornaliero di servizio (per i docenti comunque fino ad un massimo di due ore)

per il seguente motivo:

 GIA’ PRESTATE IL

 DA RECUPERARE entro due mesi successivi alla data di fruizione del permesso e, se non recuperate entro due mesi, le ore saranno detratte dallo stipendio per come stabilito dalle vigenti norme.

 NON SOGGETTE A RECUPERO ai sensi dell’art. 34 del Contratto Integrativo di Istituto 2014/2015.

In quest’ultimo caso, DICHIARA sotto la propria responsabilità che tale prestazione medica non poteva essere effettuata al di fuori dell’orario di servizio e allega la certificazione attestante la propria permanenza presso la suddetta struttura medica.

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 FIRMA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vista la domanda,

 si concede  non si concede

 IL DIRIGENTE SCOLASTICO

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (Art. 13 D.Lgs. 30/06/03 n. 196 “Codice in materia di protezione dei dati personali”)

Si informa che tutti i dati che la riguardano, compresi quelli sensibili e giudiziari contenuti nel presente modulo, saranno trattati in osservanza dei presupposti e dei limiti stabiliti dal Codice, nonché dalla Legge e dai Regolamenti, al fine di svolgere le funzioni istituzionali.