



ISTITUTO COMPRESIVO STATALE "GIACOMO PUCCINI" - PESCAGLIA
SEDE LEGALE: VIA PEDOGNA, 3 - 55064 PESCAGLIA (LUCCA)
NUMERO DI CODICE FISCALE: 93003030462
SEGRETERIA: TEL. 0583 359106 - FAX 0583 359512

Mail: LUIC823001@istruzione.it – Pec: LUIC823001@PEC.istruzione.it – sito web: www.icpescaglia.edu.it

Al Dirigente Scolastica Istituto Comprensivo "G. Puccini" Pescaglia

Il/La sottoscritto/a _____ in servizio presso codesto Istituto
in qualità di:

Assistente amministrativo Collaboratrice scolastica

plesso di _____
con contratto a tempo indeterminato determinato regime Tempo pieno Part-time

CHIEDE

di assentarsi per gg _____ oppure ore _____ (dalle ore _____ alle ore _____)
dal _____ al _____
dal _____ al _____
dal _____ al _____

per il seguente motivo:

- Visita, terapia, prestazione specialistica o esami diagnostici (ai sensi dell'art. 33 del C.C.N.L. 19/04/2018)
- Permesso per motivi personali o familiari (ai sensi dell'art. 31 del C.C.N.L. 19/04/2018)

• Si allega: _____

Pescaglia, _____

Visto si concede non si concede

Il Direttore dei serv. Amm.vi
(Dott.ssa Marisa Manfredini)

Il Dirigente Scolastico
(Prof.ssa Teresa Monacci)

