

Alla Dirigente Scolastica
Liceo Artistico e Musicale Statale di Forlì

SEDE

Il/La sottoscritt ... _____ in servizio presso codesto
Istituto in qualità di _____

CHIEDE

la concessione di un permesso per Permessi orari per visite mediche specialistiche / accertamenti
diagnostici (Personale ATA) nella giornata del _____, dalle ore _____ alle ore _____,
per ore _____ e minuti _____. Con decurtazione dell'accessorio solo se il permesso è fruito per
l'intera giornata.

Forlì, _____

(firma del dipendente)

Il Direttore S.G.A. f.f.
Dott. Michele Avagnale

La Dirigente Scolastica
Prof.ssa Raffaella Irene Contrafatto

Documento firmato digitalmente ai sensi del codice
amministrazione digitale e norme ad esso connesse