



Ministero della Pubblica Istruzione
Istituto Comprensivo di Roverbella
Via Trento e Trieste 2 – 46048 Roverbella MN

**Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo
Roverbella**

Il/la sottoscritto/a _____
in servizio presso codesto Istituto in qualità di:
☐ Dsga ☐ Ass.te amm.vo ☐ Coll. scolastico

plesso di _____
con contratto a tempo ☐ indeterminato ☐ determinato

regime ☐ Tempo pieno ☐ Part-time

- 9 ore
- 24 ore
- 27 ore
- ___ ore

C H I E D E

di assentarsi il giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____

Per il seguente motivo:

**Visita, terapia, prestazione specialistica o esami diagnostici (ai sensi dell'art. 33 del
C.C.N.L. 19/04/2018)**

• Si allega: _____

Permesso per motivi personali o familiari (ai sensi dell'art. 31 del C.C.N.L. 19/04/2018)

• AUTOCERTIFICAZIONE ASSENZA

Il /la sottoscritt_ ai sensi della legge 183/2011 art. 15, dichiara:
assenza effettuata per i seguenti motivi:

Il /la sottoscritt_ si impegna a comunicare eventuali cambiamenti in Segreteria.

Roverbella , _____

=====

Visto

Il/La Dsga

☐ si concede ☐ non si concede
Il Dirigente Scolastico