AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL'ISTITUTO COMPRENSIVO
DI PRIMIERO

Il/la sottoscritto/a _____ in servizio presso l'Istituto Comprensivo di Primiero sezione:

☐ Scuola Primaria di _____

☐ Scuola Secondaria I° grado di _____

☐ Scuola Secondaria II° grado in qualità di docente a tempo determinato / indeterminato

C H I E D E

ai sensi dell'art. 55 comma 1, del CCPL 2002/2005 come sostituito dall'art. 28 del CCPL 15/10/2007,
la concessione di n. _____ore per l'effettuazione di:

VISITA MEDICA SPECIALISTICA

nel giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____

Autocertificazione dell'eventuale tempo di viaggio:

Andata: dalle ore _____ Ritorno: alle ore _____

- Allega debita documentazione.

Fa presente che nel corrente anno scolastico ha già fruito di permessi per visita medico specialistica per complessive ore _____ .

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere informato ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del Reg. UE 679/2016, che i dati personali verranno trattati esclusivamente con riferimento al procedimento per il quale ha presentato la documentazione e per le finalità istituzionali dell'Istituto Comprensivo di Scuola Primaria e Secondaria di Primiero. Il trattamento sarà effettuato con supporto cartaceo e/o informatico; che il conferimento dei dati è obbligatorio per dar corso alla procedura; che il titolare del trattamento è l'I.C. Primiero nella persona del Dirigente Scolastico quale suo legale rappresentante a cui è diretta la dichiarazione e che in ogni momento il/la sottoscritto/a potrà esercitare i propri diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi dell'art. 15 e ss. del Reg. UE 679/16.

_____ _____
(data) (firma)

==========

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

VISTA la richiesta;

A U T O R I Z Z A

l'insegnante di cui sopra a fruire del permesso richiesto.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
(Prof. Marco Galvan)