Al DSGA
ITC "Zappa"
Saronno

ISTANZA DI PERMESSO ORARIO (COVID19)

Il/La sottoscritto/a _____ in servizio presso questo Istituto in qualità di □□ Collaboratore Scolastico □□ Assistente Amministrativo □ □

CHIEDE

Ai sensi del art. 16 del C.C.N.L. del 24/07/2003 e successive modifiche ed integrazioni

□ per **tampone antigenico/rapido (sarà recuperato secondo le necessità)**

un permesso orario per il giorno ____ /____ dalle ore_____ alle ore_____ ,

□ per **vaccino COVID19 (non sarà recuperato)**

un permesso orario per il giorno ____ /____ dalle ore_____ alle ore_____

un permesso per il giorno ____

Saronno,_____ firma_____

Riservato all'ufficio

IL DIRETTORE SS.GG.AA

IL PERSONALE HA RECUPERATO LE SUDDETTE ORE :

*IL*_____ *DALLE ORE*_____*ALLE ORE*_____

*IL*_____ *DALLE ORE*_____*ALLE ORE*_____

normativa vigente:

Personale con contratto a tempo indeterminato Personale con contratto a tempo determinato USP Personale con contratto a tempo determinato DS	• Permessi brevi di durata non superiore alla metà dell'orario giornaliero di servizio e comunque fino ad un massimo di 3 ore. • Entro 2 mesi lavorativi successivi a quelli della fruizione il dipendente è tenuto a recuperare le ore non lavorate in una o più soluzione. Superato tale limite l'amministrazione provvede a trattenere una somma pari alla retribuzione spettante per le ore non recuperate. P.S. Fruibili per anno scolastico max ore 36.