

**MINISTERO ISTRUZIONE E DEL MERITO**  
**Istituto Superiore "Giovanni Falcone"**  
**Via Matteotti, n. 4 21013 Gallarate (VA)**

**Alla Dirigente Scolastica**  
**I.S. "G. Falcone" - Gallarate**

**Oggetto: Domanda di fruizione di PERMESSO SU BASE ORARIA per l'espletamento di visite, terapie, prestazioni specialistiche od esami diagnostici ai sensi dell'art. 69 del CCNL 2019/2021**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ in servizio presso  
codesto Istituto nel plesso di \_\_\_\_\_ nella qualità  
di

\_\_\_\_\_ con contratto a tempo \_\_\_\_\_ ai sensi della  
vigente normativa citata in oggetto chiede di poter fruire nel giorno \_\_\_\_\_ di n° \_\_\_\_\_  
ore di permesso su base oraria, esattamente dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore  
\_\_\_\_\_.

Al riguardo dichiara che:

Nel corrente anno scolastico le ore di permesso usufruite ammontano complessivamente  
a n° \_\_\_\_\_ (max 18 ore)

\_\_\_\_\_  
(Luogo e Data)

\_\_\_\_\_  
(Firma)

IL DSGA

LA DIRIGENTE SCOLASTICA  
Prof.ssa Katia Fiocchetta