ISTITUTO DI ISTRUZIONE SUPERIORE
"*ROCCO SCOTELLARO*"

COD. MIN. NAIS08200N

Indirizzi: **Tecnico Economico - Tecnico Turistico - Liceo Scienze Umane - Sistema Moda – Odontotecnico**
Corso Serale (Amministrazione Finanza & Marketing – Operatore Socio Sanitario)

80046 - SAN GIORGIO A CREMANO (NA) - Via Carducci, 33 - Villaggio Corsicato - Tel. 081/7711744 - 7711338 - Fax 5746721
Codice Fiscale 95044800639 e-mail: nais08200n@istruzione.it PEC: nais08200n@pec.istruzione.it Distretto Scolastico 34
Sito Web: www.isroccoscotellaro.edu.it

ISTANZA PERMESSI RETRIBUITI
AI SENSI DELLA LEGGE 106/2025 (10 ORE ANNUALI)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____il _____
in servizio presso questa Istituzione Scolastica con il profilo di:_____
□ Docente □ ATA

CHIEDE

di fruire di n. ____ ore di permesso retribuito ai sensi della Legge 106/2025, per l'effettuazione di visite mediche, esami diagnostici, terapie o trattamenti sanitari.

DICHIARA, ai sensi della normativa vigente:

□ di essere affetto/a da:
- malattia oncologica in fase attiva o follow-up precoce, oppure
- malattia invalidante o cronica, anche rara, con invalidità riconosciuta pari o superiore al 74%.

oppure

□ di essere genitore di minore affetto da una delle patologie sopra indicate, per il quale risulta verbale di invalidità civile con indennità di frequenza.

ALLEGATI OBBLIGATORI:
□ certificazione medica rilasciata da MMG o specialista (pubblico o privato accreditato) attestante la necessità di:
visite mediche; esami strumentali; analisi chimico-cliniche o microbiologiche; cure mediche frequenti

DATA E ORARIO DEL PERMESSO RICHIESTO:
Data: _____
Orario: dalle _____ alle _____

Ore già fruite nell'anno scolastico in corso: _____ / 10

Il/La sottoscritto/a si impegna a presentare, al rientro in servizio, attestazione di presenza presso la struttura sanitaria.

Luogo e data _____

Firma del richiedente _____

VISTO
Il Dirigente Scolastico