Alla Dirigente Scolastica
dell'IC di Camigliano

Il/La sottoscritto/a _____nata/o a _____ __(____) il_____, in servizio presso codesta Istituzione scolastica scuola PRIMARIA / INFANZIA/ SECONDARIA di 1°grado, in qualità di personale DOCENTE/ATA nel profilo di (_____) a tempo _____

VISTO il verbale di riconoscimento dell'invalidità civile pari o superiore al 74%;
VISTA la Legge 18 luglio 2025, n. 106, che riconosce ai lavoratori dipendenti affetti da patologie oncologiche, croniche o invalidanti il diritto a **10 ore annue di permesso retribuito** per visite mediche, accertamenti diagnostici ed eventuali trattamenti terapeutici;

CHIEDE

di poter fruire delle **10 ore annue di permesso retribuito**, da utilizzarsi **in modalità oraria**, per l'effettuazione di visite mediche, esami diagnostici e trattamenti sanitari connessi alla propria condizione di salute, secondo quanto previsto dalla normativa vigente, a decorrere dal 1° gennaio 2026.

In particolare chiede di poter fruire del suddetto permesso orario retribuito per visita/esame/trattamento sanitario nella seguente giornata:

- **Data:** _____
- **Orario richiesto:** dalle ore _____ alle ore _____
- **Numero totale di ore richieste:** _____
- **Orario di servizio interessato:** _____

Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre che, per ciascuna giornata interessata, la richiesta di permesso sarà **formulata con indicazione puntuale della data e del numero di ore da fruire**, riferite al **proprio orario di servizio giornaliero**, limitatamente al tempo strettamente necessario allo svolgimento della prestazione sanitaria.

Si impegna altresì a produrre idonea **certificazione giustificativa** attestante le prestazioni sanitarie effettuate, nel rispetto delle modalità organizzative e delle esigenze di servizio dell'Istituzione scolastica.

Luogo e data _____

Firma _____