



ISTITUTO COMPRENSIVO E. DE AMICIS

Via delle Tofane, 1 24125 Bergamo– tel. 035/294148 - fax 035/301650

Cod. meccanografico BGIC80700G

e.mail contatti@icdeamicisbergamo.edu.it - www.icdeamicisbergamo.edu.it



Al dirigente scolastico
dell'istituto comprensivo "De Amicis"
di Bergamo

PERMESSO PER INCONTRO NEUROPSICHIATRIA

___ I ___ sottoscritt ___ _____ in
servizio presso codesto Istituto nel plesso _____ in qualità di _____ con
contratto di lavoro

tempo indeterminato

determinato ,

CHIEDE

in orario di servizio

per il giorno _____ un permesso della durata di n° _____ ore , dalle ore _____
alle ore _____

COMUNICA

fuori orario di servizio

di recarsi in Neuropsichiatria il giorno _____ dalle ore _____ dalle ore _____

Bergamo, _____

FIRMA _____

FIRMA RESPONSABILE DI PLESSO

Il Dirigente Scolastico

autorizza

non autorizza

Bergamo, _____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Maddalena Dasdia

Documento firmato digitalmente
ai sensi del CAD e normativa connessa