

COMUNICAZIONE FRUIZIONE PERMESSO SINDACALE - MOD. 1

N.B Tutti i campi sono obbligatori

Denominazione Istituzione scolastica _____

Indirizzo _____ Comune _____

Codice Meccanografico _____ Telefono _____

Prot. n. _____ Data _____

All' Ufficio III AT di POTENZA - Uff. Relazioni Sindacali

Lo scrivente Dirigente Scolastico, ai sensi dell'art. 22 c. 1 del CCNQ 4/12/2017,

COMUNICA

Dati del dipendente

Cognome e Nome	_____
Codice Fiscale	_____
Qualifica	<input type="checkbox"/> Docente <input type="checkbox"/> Non Docente <input type="checkbox"/> Dirigente

Dati del permesso

Usufruirà in data Giornata

--	--

 mese

--	--

 anno

--	--	--	--

per n. ore _____ e minuti _____

DALLE ORE: _____ ALLE ORE: _____

(Prima o unica frazione oraria)

DALLE ORE: _____ ALLE ORE: _____

(Eventuale frazione oraria successiva)

TIPOLOGIA PERMESSO

(selezionare la casella di interesse)

- ☐ Permesso Sindacale retribuito per l'espletamento del mandato - art. 10 CCNQ 4.12.2017
- ☐ Permesso sindacale retribuito per riunione degli organismi direttivi statutari - art.13 CCNQ 4.12.2017
- ☐ Permesso sindacale non retribuito - art.15 CCNQ 4.12.2017

DENOMINAZIONE SEDE ESPLETAMENTO PERMESSO _____

Dati del provvedimento di autorizzazione disposto dal dirigente scolastico:

Data _____ Numero di protocollo _____

Richiesto dal Sindacato:

☐ FLC CGIL ☐ FSUR CISL SCUOLA ☐ FEDERAZIONE UIL SCUOLA RUA

☐ SNALS CONFESAL ☐ FEDERAZIONE GILDA-UNAMS ☐ ANIEF

☐ Altro (specificare) _____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

N.B DA TRASMETTERE ALL'U.S.P. e-mail: usp.pz@istruzione.it o PEC usppz@postacert.istruzione.it

NELLA STESSA GIORNATA IN CUI È STATO EMESSO IL PROVVEDIMENTO DI AUTORIZZAZIONE