All’att.ne di **Dirigente Scolastico** *IC “Aldo Moro”* Solbiate Olona (Va)

**PERMESSO RETRIBUITO**

**per vaccinom Covid**

Il/La sottoscritto/a nato/a a

(provincia ) il in servizio presso questo Istituto Comprensivo in qualità di con contratto a tempo  determinato  indeterminato, nel plesso  Secondaria I° grado /  Primaria /  Infanzia “Andrea *Ponti”*

# CHIEDE

(ai sensi dell’art.31 c.5 del Decreto Legge 22 marzo 2021 n.41)

# di poter fruire di un permesso retribuito

* per l’intera giornata del giorno
* dalle alle \_ del giorno

# per ricevere la somministrazione del vaccino anti Covid 19

* Si impegna a presentare, al rientro, idonea certificazione rilasciata dalla struttura sanitaria di competenza

*Il/la sottoscritto/a dichiara di aver preso visione delle informative ai sensi dell’art.13 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) consultabili alla*

*voce “Privacy del sito della scuola* [*www.icmoro.edu.it*](http://www.icmoro.edu.it/)

Solbiate Olona, Firma dipendente

* il coordinatore di plesso è al corrente Firma coordinatore
* **SI** AUTORIZZA Il Dirigente Scolastico Reggente

Prof.ssa Armida Truppi

* **NON** SI AUTORIZZA