

AL DIRIGENTE DELL'UFFICIO  
SCOLASTICO TERRITORIALE  
Di \_\_\_\_\_

E p.c. AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
DELL' ISTITUTO COMPRENSIVO  
RITA LEVI-MONTALCINI  
PARTANNA TP

Oggetto: **DOMANDA DI UTILIZZAZIONE IN ALTRI COMPITI PER MOTIVI DI SALUTE**

\_\_\_ I \_\_\_ sottoscritt\_\_\_ \_\_\_\_\_ in servizio presso questo Istituto Comprensivo, nella qualità di \_\_\_\_\_ compatibilmente con le esigenze di servizio,

- **premess**o che in data \_\_\_\_\_ è stat\_\_\_ sottopost\_\_\_ a:
  - visita collegiale della CMV di \_\_\_\_\_
  - sorveglianza sanitaria da parte del medico competente

che ha riconosciuto:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- **visto** l'art. 26 commi 1 e 2 bis della legge di conversione del 13-11-2020 del D.l. n. 104/2020.

CHIEDE

Ai sensi del CCNL 2008 e della L 128/2013 di **essere utilizzato** per una delle attività sottoelencate in ordine di preferenza (indicare una o più secondo le preferenze):

- servizio di biblioteca e documentazione;
- organizzazione di laboratori;
- supporti didattici ed educativi;
- attività relative al funzionamento degli organi collegiali;
- iniziative per la prevenzione della dispersione scolastica;
- attività deliberata nell'ambito del Progetto d'istituto (indicare quale: \_\_\_\_\_)
- servizi di segreteria di supporto alla didattica

da svolgersi in lavoro agile in una delle seguenti sedi indicate in ordine di preferenza (anche solo una):

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

Ai fini di cui sopra allega (solo se si hanno titoli professionali specifici):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

Si allega alla presente richiesta:

- Copia del proprio documento di riconoscimento in corso di validità.