Al Dirigente Scolastico

…………………………………………….

……………………………………………..

Il/la sottoscritta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 cognome e nome qualifica

a Tempo Indeterminato / Determinato in servizio presso questo Istituto nel corrente A.S.\_\_\_\_\_\_\_\_

chiede alla S.V. di poter usufruire per il giorno / periodo dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

di complessivi giorni\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di

[ ]  FERIE [ ]  relative al corrente A.S. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [ ]  relative al precedente A.S. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[ ]  FESTIVITA’ previste dalla Legge 23 dicembre 1977, numero 937

[ ]  PERMESSO RETRIBUITO per (\*) [ ]  partecipazione a concorso (gg 8 all’anno)

 [ ]  lutto familiare (gg 3 ad evento)

 [ ]  motivi personali o familiari (**allegare certificato o autocertificazione**)

……………………………………………………………………………………….

 [ ]  matrimonio (gg 15 consecutivi)

 [ ]  altro (specificare) ……………………………………………………………..

[ ]  GRAVI PATOLOGIE che richiedano terapie temporaneamente e/o parzialmente invalidanti (art. 17 comma 9 CCNL

 Comparto Scuola del 24/07/03)

[ ]  Riposo compensativo per lavoro straordinario

[ ]  Altri casi previsti dalla normativa vigente (\*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Recapito \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Luogo e data) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma del dipendente

(\*) Allegare documentazione giustificativa

**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE “E.S. VERJUS” –Oleggio**

VISTA l’istanza di cui sopra

[ ]  Si concede

[ ]  Non si concede

 IL DIRIGENTE SCOLASTICO