AL DIRIGENTE SCOLASTICO

dell’Istituto Comprensivo Sala Consilina - Viscigliete

OGGETTO: **Ferie - Festività soppresse – Recupero - Permesso Breve A.S. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

I…/L… sottoscritt.. …………………………………………………………………………………………in servizio in questo Istituto con contratto a tempo |\_| Indeterminato |\_| Determinato in qualità di Docente/Ata..………………………………………………………………………………………

**C H I E D E**

di essere collocato**.** in **FERIE**

per n. **......** giorni lavorativi dal **..................** al**......…………..**

per n. **......** giorni lavorativi dal **..................** al**.......................**

per n. **......** giorni lavorativi dal **..................** al**.......................**

per n. **......** giorni lavorativi dal **..................** al**…………........**

per n. **......** giorni lavorativi dal **..................** al**…………........**

per n. **......** giorni lavorativi dal **..................** al**.......................**

di essere collocato**.** in **FESTIVITA’ SOPPRESSE**

per n. **......** giorni lavorativi dal **..................** al**………...........**

per n. **......** giorni lavorativi dal **..................** al**......................**

per n. **......** giorni lavorativi dal **..................** al**......................**

per n. **......** giorni lavorativi dal **..................** al**......................**

di essere collocato**.** in **PERMESSO RECUPERO**

per n. **......** giorni lavorativi dal **..................** al**......................**

per n. **......** giorni lavorativi dal **..................** al**......................**

per n. **......** giorni lavorativi dal **..................** al**......................**

di essere collocato**.** in **PERMESSO BREVE**

per n. **......** ore lavorative il **.......................** dalle ore **………...........** alle ore **………...........**

**REPERIBILITA’ DURANTE L’ASSENZA:**

Città ................................... ................................................................………

Via .......................................................... ...................................... n° ...........

Tel. ..................... .................................

……………………….…. …………………………………

luogo e data Firma

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

Vista la domanda, |\_| si concede |\_| non si concede

### 

### La Dirigente Scolastica

Dott.ssa Patrizia Giovanna Pagano

……………………………