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

 ……………………………