

__I__ sottoscritt _____

In qualità di _____

C H I E D E - GIUSTIFICA

gg. _____, con decorrenza dal _____ al _____, per

Ferie A.S. _____

- Riposo compensativo;
- Permesso per formazione e aggiornamento;
- Permesso retribuito (art. 33 Legge 104/92);
- Permesso retribuito (art. 15 comma 2 CCNL) per i seguenti motivi documentabili:

Permesso retribuito L.265/99 per lavori consiliari componenti amm.ni locali presso il COMUNE DI _____

Permesso retribuito (malattia figli inferiori ad anni TRE)

NOME E COGNOME DEL FIGLIO _____

Permesso orario per visite spec. dalle ore _____ alle ore _____ (tot. ore fruibili 18)

oppure intera giornata _____ (tot. gg. fruibili 3)

- Accertamenti sanitari;
- Visita specialistica;
- Malattia** : (allega la seguente documentazione giustificativa);
(produrrà entro 5 giorni documentazione giustificativa).

Patti li, _____

Firma

Si esprime parere: **Positivo**/Negativo

Visto Il D.S.G.A.
(Dott. ANTONINO MONASTRA)

Il Dirigente Scolastico
(Dott.ssa Francesca Buta)