

I sottocritt in servizio presso

In qualità di

C H I E D E / GIUSTIFICA

gg. , con decorrenza dal al , per

- Ferie** (art. 13 comma 9 CCNL) senza documentazione giustificativa (fruibili solo se è possibile essere sostituito/a senza oneri per l'amministrazione);
- Ferie** (art. 15 comma 2 CCNL) per i seguenti motivi documentabili:

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

Patti li,

Firma

Si esprime parere: **Positivo**/Negativo

Il Dirigente Scolastico
(Dott.ssa Francesca Buta)