AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL'ISTITUTO COMPRENSIVO
MONTELIBRETTI

__l__ sottoscritt__ _____

in servizio presso questo Istituto Comprensivo in qualità di:

DOCENTE A.T.A. Tempo Determinato Indeterminato

CHIEDE

N° GIORNI _____ DAL _____ AL _____

ASSENZA MALATTIA _____

PERMESSO RETRIBUITO art. 15 CCNL 29.11.07 _____

PERMESSO RETRIBUITO LEGGE 104 Assistito _____

CONGEDI PARENTALI ART. 12 _____

FERIE _____

RECUPERO ORE

PERMESSI BREVI ART. 16

N° ORE _____ DEL GIORNO _____ dalle ore _____ alle ore _____

Allega alla presente la seguente documentazione:

_____

Montelibretti _____

_____ firma

_____

Il Dirigente Scolastico
Prof. Giovanni Luca Barbonetti