

Prot. n. _____ / _____ Del _____

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
 DELL'ISTITUTO COMPRENSIVO
 "Giuseppe Mazzini" – Castelfidardo
 SEDE

ANNO SCOLASTICO _____

L SOTTOSCRITT _____ IN SERVIZIO NEL PLESSO _____

IN QUALITA' DI _____ A TEMPO _____

CHIEDE DI POTER USUFRUIRE

- FERIE RELATIVE ANNO SCOLASTICO PRECEDENTE **(AI SENSI DELL'ART. 13 DEL CCNL 29.11.2007)**
- FERIE RELATIVE ANNO SCOLASTICO CORRENTE **(AI SENSI DELL'ART. 13 DEL CCNL 29.11.2007)**
- GIORNATE DI FESTIVITA' SOPPRESSE **(AI SENSI DELL'ART. 14 DEL CCNL 29.11.2007)**
- RIPOSO COMPENSATIVO PER LAVORO STRAORDINARIO SVOLTO
- MOTIVI PERSONALI/FAMILIARI DA GIUSTIFICARE (Retribuito / NON Retribuito) (art.67 CCNL 2019/21)

(Dichiarazione ai sensi dell'art.46 DPR 445 del 28/12/2000)

- PERMESSO L.104 (art.68 CCNL 2019/21) --- COGNOME e NOME dell'assistito _____
- SOLO ATA** :VISITE/TERAPIE/ESAMI DIAGNOSTICI (18 ORE/ANNO – art.69 CCNL 2019/21)
- PARTECIPAZIONE A CONCORSI ED ESAMI (Retribuito / NON Retribuito)
- LUTTI FAMILIARI (entro il secondo grado)
- OBBLIGHI LEGALI / CIVILI
- MALATTIA
- DAY OSPITAL / RICOVERO OSPEDALIERO
- ASPETTATIVA (NON Retribuita) PER MOTIVI _____ (di famiglia / di lavoro / motivi personali / di studio)
- PERMESSO BREVE PER IL GIORNO _____ DALLE _____ ALLE _____ = ORE _____
- ALTRO (specificare) _____

DAL _____ AL _____ GG. _____ - DAL _____ AL _____ GG. _____

DAL _____ AL _____ GG. _____ - DAL _____ AL _____ GG. _____

DAL _____ AL _____ GG. _____ - DAL _____ AL _____ GG. _____

IL _____ IL _____ IL _____ IL _____ IL _____ = GG. _____

L SOTTOSCRITT DICHIARA CHE NE _GIORN_ SOPRA INDICAT_ SARA' REPERIBILE AL SEGUENTE INDIRIZZO:
 VIA _____ DEL COMUNE DI _____ () TEL. _____

Castelfidardo, _____ FIRMA _____

Parere del DSGA (solo ATA)

- Favorevole
- Non Favorevole

Concessione del Dirigente

- non si concede
- si concede

IL DIRETTORE D.S.G.A.
Dott. Alfonso Mendola

FIDUCIARIO DI PLESSO
(Solo per Docenti)

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof. Giovanni Sergi