

Riservato all'ufficio
Protocollo
Data
Prot. N°.

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____,
il _____ in servizio presso questo Istituto in qualità di _____

COMUNICA

Che gli/le venga concesso un periodo di:

- FERIE
- Recupero lavoro straordinario
- Permesso retribuito art. 15 CCNL

PERSONALE a T. Ind.to per:

- Comma 1: concorsi (gg. 8 all'anno).
 lutto, (gg. 3 ad evento);
- Comma 2: motivi pers/fam. (gg. 3 all'anno);
- Comma 3: matrimonio (gg. 15 consecutivi);
- Comma 7: Altro (specificare): _____

- Festività soppresse (Legge 937/77)
- Assenza, per malattia
- Assenza per malattia (visita medica)*

Nel caso di assenza per malattia dovuta a visita medica si dichiara che tale visita non può essere fatta al di fuori dell'orario di servizio.

- Permesso non retribuito art. 13 CCNL

PERSONALE a T. Det.to per:

- Comma 7: Altro (specificare): _____

- Astensione obbligatoria (L. 8/03/20.00., n° 53)
- Aspettativa per: Famiglia

- Legge .5. febbraio 1992 legge 104

- Studio

- Esperienza lav.va

dal _____ al _____ gg. _____
dal _____ al _____ gg. _____
dal _____ al _____ gg. _____

Allega: _____

Recapito: _____

Monopoli, _____

Firma

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
(Dott.ssa. Annastasia NARRACCI)