

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
I.I.S. LICEO CLASSICO "G. LEOPARDI"
SAN BENEDETTO DEL TRONTO

Il/La sottoscritto/a....., in servizio presso questa scuola in qualità di.....a tempo indeterminato/determinato/part-time

CHIEDE

Alla S.V. di poter usufruire per il periodo

Dal al di n.....giorno/i
Dal al di n.....giorno/i
Dal al di n.....giorno/i di

Malattia visite mediche, prestazioni specialistiche ed accertamenti diagnostici
 Ricovero presso _____

Ferie Festività soppresse (Legge 937/77)
 anno precedente
 anno corrente

Permesso retribuito art. 15 CCNL per:

Comma 1: partecipazione concorsi od esami (gg. 8 ad anno scolastico);

lutto (gg. 3 ad evento);

Comma 2: motivi pers/fam. (gg. 3 ad anno scolastico);

Comma 3: matrimonio (gg. 15 consecutivi);

Comma 6: Legge 104/92

Comma 7: Altro (specificare): _____

Riposo compensativo

Permesso breve per n. ore _____ per il giorno _____ Altro
dalle ore _____ alle ore _____

per motivi _____

Allega/Allegherà: _____

Data _____

Firma _____

Si concede.

Motivi dell'eventuale diniego:

Visto:

SI ESPRIME PARERE FAVOREVOLE
Il Direttore S.G.A
(Dott.ssa Vania Rossi)

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof. Maurilio Piergallini