

Il/La sottoscritto/a

[Redacted box]

in servizio presso questa Istituzione scolastica in qualità di

[Redacted box]

Modulo da compilare a cura del: **PERSONALE A.T.A.**

CHIEDE

che gli/le vengano concessi i giorni sottoindicati : *contrassegnare con una X le voci che interessano*)

n. _____ giorni di **FERIE RELATIVE ALL'ANNO PRECEDENTE** art.13 c.10 CCNL)- periodo dal _____ al _____

n. _____ giorni di **FERIE RELATIVE ALL'ANNO IN CORSO** art.13 CCNL) - periodo dal _____ al _____

n. _____ giorni di **FESTIVITA' SOPPRESSE L. 937/77** art. 14 CCNL) - periodo dal _____ al _____

n. _____ giorni / ore di **RECUPERO SOSTITUTIVO STRAORDINARI** - periodo dal _____ al _____

n. _____ ore di **PERMESSO BREVE** art. 16 CCNL) - dalle ore _____ alle ore _____ del giorno _____
(non più di n.3 ore)

n. _____ giorni di **PERMESSO RETRIBUITO** - periodo dal _____ al _____ per :
(ART. 15 CCNL COMPARTO ISTRUZIONE E RICERCA 2016-2018)

concorso/esami (comma 1) _____

lutto per perdita di (comma 1) _____

matrimonio (comma 3) _____

n. _____ giorni per **MALATTIA** art. 17 CCNL)- periodo dal _____ al _____
allegare certificato medico)

n. _____ giorni di **ASPETTATIVA per MOTIVI DI FAMIGLIA** art. 18 CCNL) - periodo dal _____ al _____
allegare dettagliata richiesta motivata)

n. _____ giorni / ore di **PERMESSO SINDACALE** - periodo dal _____ al _____

n. _____ ore per **VISITA MEDICA** - dalle ore _____ alle ore _____ del giorno _____

n. _____ giorni / ore **ALTRO** _____ - periodo dal _____ al _____

Ringraziando porge distinti saluti.

Osimo, li _____

firma)

Note:

si autorizza

Eventuale diverso recapito:

Località _____

Via _____

Tel . _____

Il Direttore S.G.A.)

Il Dirigente Scolastico)