**AL DIRIGENTE SCOLASTICO**

 **DELL’ I.I.S “B.CELLINI”**

Oggetto: PERMESSO RETRIBUITO/NON RETRIBUITO ATA

Il sottos critto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 COGNOME e NOME QUALIFICA

A tempo INDETERMINATO / DETERMINATO (barrare la voce non interessata) presso codesto istituto nell’a.s.\_\_\_\_\_\_

## **C H I E D E**

Alla S.V. di poter usufruire di complessivi gg. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Dal …………………… al ………………….

Dal …………………… al ………………….

Dal …………………… al ………………….

* Malattia (\*)
* Assenza per malattia (Visita specialistica/Day Hospital (\*)
* Permesso retribuito (\*\*)
* Permesso non retribuito (\*\*)
* Lutto Familiare
* Partecipazione a concorsi/esami
* Matrimonio
* Legge 104/92
* Motivi personali/familiari \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Diritto allo studio (150 ore)
	+ Permesso giornaliero
	+ Permesso orario totale ore \_\_\_\_\_\_
* Altro caso previsto dalla normativa vigente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RECAPITO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firenze, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ IL DIPENDENTE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Il Direttore S.G.A. Il Dirigente Scolastico DANIELA CANNAS GIANNI CAMICI

***\*Allegare certificazione medica***

***\*\*Allegare documentazione giustificativa***