* Al D.S.G.A.
* Al Dirigente Scolastico

Istituto Comprensivo di TORRILE

Il/La sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in servizio presso codesta Istituzione scolastica in qualità di:

🞏 D.S.G.A. 🞏 Assistente Amm.vo 🞏 Collaboratore scolastico

**C H I E D E**

la fruizione di gg.\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per:

**🞏** FERIE

**🞏** FESTIVITA’ SOPPR. 🞏 Recupero ore effettuate nei pomeriggi del\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e del\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**🞏** MALATTIA (¹) 🞏 visita specialistica/analisi di laboratorio 🞏 ricovero ospedaliero

**🞏** PERMESSO RETRIBUITO per:

🞏 motivi personali/familiari **\*** 🞏 concorsi/esami 🞏 lutto 🞏 matrimonio

🞏 Corso di FORMAZIONE 🞏 Permesso per esercitare il diritto di voto

**🞏** Ex LEGGE n. 104/92

**🞏** PERMESSO BREVE dalle ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alle ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**🞏** ALTRO CASO previsto dalla normativa vigente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(¹) Si allega certificato/dichiarazione rilasciato/a dal Laboratorio analisi, Struttura, Ospedale: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\*** Dichiara, ai sensi dell’art. 46 del D.P.R. 445 del 28/12/2000, di avere necessità di fruire di tale permesso per la seguente esigenza:

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

FIRMA

Torrile, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^

**Vista la domanda, 🞏 SI CONCEDE 🞏 NON SI CONCEDE**

Il D.S.G.A. Il Dirigente scolastico

Dott.ssa Paola Ciloni Lorenzo Cardarelli