

Oggetto: **Richiesta di PERMESSO RETRIBUITO T.I. (Art.15 CCNL 2006/2009)**

__l__ sottoscritto/a _____

In servizio presso codesto Istituto in qualità di _____ / T.I.

CHIEDE

Di poter usufruire di n° ____ giorni di PERMESSO RETRIBUITO:

dal _____ al _____

dal _____ al _____

Concorso od esami (c.l – gg.8)

Lutto (c.l – gg.3)

Matrimonio (c.3 – gg.15)

Altro (c. 7) _____

Motivi personali o familiari (c. 2 gg. 3) per i seguenti motivi:

Ai sensi delle vigenti disposizioni di legge, allega la seguente documentazione o autocertificazione.

N.B.: In caso di richiesta per visita specialistica accertamenti diagnostici. Analisi cliniche è indispensabile la documentazione.

Viterbo _____

Firma _____

SI CONCEDE

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Dott.ssa Clara Vittori