

Permessi **PERSONALE A.T.A.**

___l___ sottoscritt___ _____

dipendente a tempo determinato/indeterminato con qualifica_____

di codesto istituto, CHIEDE di poter fruire di un periodo di giorni (N. totale giorni):_____

a decorrere dal _____ al _____

dal _____ al _____

dal _____ al _____

___ **MOTIVI PERSONALI O FAMILIARI (Art. 15 del CCNL 24-7-2003)**

___ **MALATTIA (Art. 17 del CCNL 24-7-2003)**

___ **PARTECIPAZIONE A CONCORSI OD ESAMI (Art. 15 del CCNL 24-7-2003)**

___ **ASPETTATIVA PER MOTIVI DI FAMIGLIA O STUDIO (Art. 18 CCNL 24-7-03)**

→ **ALTRI CASI:** _____

NOTA: i permessi retribuiti per motivi personali o familiari vanno documentati anche mediante autocertificazione

Data _____

FIRMA

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

A domanda dell'interessato/ a

CONCEDE

Al___ sig. / ra_____

n. giorni_____ per_____

Visto il D.S.G.A.
(Meini Giovanna)

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
(Prof.ssa Luciana Rocchi)