

Ministero dell’Istruzione

# Ufficio Scolastico regionale per il Lazio

### ISTITUTO COMPRENSIVO “PIAZZA DE CUPIS”

XV DISTRETTO – RMIC8E0001

00155 ROMA P.zza De Cupis, 20 - Tel. 062280672 e Fax 0622773406

PERSONALE A.T.A. AL D.S.G.A.

I.C. PIAZZA DE CUPIS

OGGETTO: Permessi brevi per esigenze personali

 Art.16 del C.C.N.L. 2003 – (non oltre 50% orario giornaliero di servizio –

 per un totale di ore 36 per anno scolastico)

Il/La sottoscritt\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Collaboratore Scolastico / Assistente Amministrativo, con contratto a tempo indeterminato / determinato, in servizio presso il plesso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CHIEDE

di usufruire di un permesso breve della durata di ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_nel giorno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

dalle ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alle ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per la seguente particolare esigenza personale:

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

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

Il/La sottoscritt\_\_\_

 dichiara di aver recuperato le ore di permesso suindicate come segue:

 chiede, altresì, di poter recuperare le ore di permesso suindicate come segue:

il giorno\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_dalle ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_alle ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_tot.\_\_\_\_\_\_\_\_

il giorno\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_dalle ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_alle ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_tot.\_\_\_\_\_\_\_\_

il giorno\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_dalle ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_alle ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_tot.\_\_\_\_\_\_\_\_

il giorno\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_dalle ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_alle ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_tot.\_\_\_\_\_\_\_\_

Roma, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (firma del richiedente)

Visto IL D.S.G.A.

Dott.ssa Rosa SIMONI