AL DIRIGENTE SCOLASTICO
Istituto Comprensivo Velletri Sud Ovest

IL/LA SOTTOSCRITT __ _____ ,NATO/A IL _____

A _____

E RESIDENTE IN _____ VIA/PIAZZA _____ N°___

IN SERVIZIO PRESSO QUESTO ISTITUTO IN QUALITA' DI :

☐ DOCENTE ☐ ASSISTENTE AMM.VO ☐ COLLABORATORE SCOLASTICO

A ☐ T.I. ☐ T.D.

COMUNICA CHE

CON RIFERIMENTO AL MESE DI _____ ANNO _____

INTENDE FRUIRE DEI PERMESSI DI CUI ALLA LEGGE 104/92 SECONDO IL SEGUENTE CALENDARIO

☐ GIORNO _____ GIORNO _____ GIORNO _____

Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre che nel caso di necessità ed urgenza, tali da dover variare il presente calendario, darà tempestiva comunicazione scritta all'Ufficio del Personale.

_____
Data

_____
Firma

Visto del responsabile di plesso _____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof.ssa Isabella Pitone