RISERVATO ALL'UFFICIO **Prot. (data)**

Al Dirigente Scolastico
Prof. Lucio Paolo
I.C. Resana

RICHIESTA DI PERMESSO BREVE

Il/la sottoscritto/a ________________________________ ☐ **Ins.Scuola primaria**
☐ **Docente Scuola secondaria di primo grado**

Tempo **indeterminato** ☐ **determinato** ☐ Scuola primaria/secondaria. di__________________________________

C H I E D E

Tipo di assenza	Durata	Motivazione
PERMESSO BREVE (Docenti: art. 16; ATA art. 54 del C.C.N.L. 29.11.2007)	dalle ore ________________________ alle ore __________________________ del giorno ________________________ tot. ore _________	

ART. 50 del CCNL del 19/04/2018: "Il dipendente è tenuto a recuperare le ore non lavorate entro il mese successivo, secondo le disposizioni del Dirigente"

RESANA ________________________ **FIRMA** ___________________________________

ϖϖ

SOSTITUZIONE CON (da compilare a cura della referente di plesso)

Doc./Ins/. ________________________________**dalle ore** ______________**alle ore**_____________

Doc./Ins/. ________________________________**dalle ore** ______________**alle ore**_____________

(firma della referente di plesso) _____________________________

ϖϖ

VISTO, si concede / non si concede

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof. Lucio Paolo