

\_\_I\_\_ sottocritt \_\_\_\_\_

In qualità di \_\_\_\_\_

## C H I E D E - GIUSTIFICA

gg. \_\_\_\_\_, con decorrenza dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_, per

Ferie A.S. \_\_\_\_\_

- Riposo compensativo;
- Permesso per formazione e aggiornamento;
- Permesso retribuito ( art. 33 Legge 104/92);
- Permesso retribuito ( art. 15 comma 2 CCNL) per i seguenti motivi documentabili:  
\_\_\_\_\_

Permesso retribuito L.265/99 per lavori consiliari componenti amm.ni locali presso il COMUNE DI \_\_\_\_\_

Permesso retribuito ( malattia figli inferiori ad anni TRE )

**NOME E COGNOME DEL FIGLIO** \_\_\_\_\_

**Permesso orario per visite spec.** dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ (tot. ore fruibili 18)

**oppure intera giornata** \_\_\_\_\_ (tot. gg. fruibili 3)

- Accertamenti sanitari;
- Visita specialistica;
- Malattia** : (allega la seguente documentazione giustificativa);  
(produrrà entro 5 giorni documentazione giustificativa).

Patti li, \_\_\_\_\_

Firma  
\_\_\_\_\_

Si esprime parere: **Positivo**/Negativo

Visto Il D.S.G.A.  
(Dott. ANTONINO MONASTRA)

Il Dirigente Scolastico  
( Dott.ssa Francesca Buta)