



Scuola Media Statale "CAVOUR"
Via Amundsen, 80 – 41100 MODENA – Distretto n. 17
☎ 059/331373 – Fax: 059/824135
Cod. Fisc. 80010210369

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

Oggetto: **Richiesta di permesso breve**

La sottoscritta _____ in servizio presso

S.M.S. CAVOUR

S.M.S. CALVINO

a tempo indeterminato determinato
in qualità i Insegnante A.T.A.

CHIEDE

di poter fruire il giorno _____ di n. _____ ore di permesso breve dalle
_____ alle _____

da recuperare entro due mesi lavorativi successivi al corrente mese di _____

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza delle norme che regolano la concessione e il recupero delle ore godute

Firma dell'interessato

Vista la richiesta del dipendente e considerate le esigenze della scuola, si concede il permesso richiesto.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof.ssa Cristina Marchi

RISERVATO ALLA SEGRETERIA

QUADRO RIEPILOGATIVO DEI PERMESSI BREVI DAL DIPENDENTE
NELL'A.S. _____

N. ore già fruite prima della richiesta di cui sopra..... _____

N. ore oggetto della richiesta di cui sopra _____

N. ore residue fruibili _____

Modena, _____

Il Direttore dei Servizi Generali ed Amm.vi
Ombretta Martelli

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof.ssa Cristina Marchi