

\_\_l\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_

in servizio presso \_\_\_\_\_

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** \_\_\_\_\_

- 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)