ASSUNTO CON PROT. N° …………………

DEL …………………

Al Dirigente Scolastico

dell’I.S.I.S. “*R. Del Rosso- G. Da Verrazzano*” Porto S. Stefano (GR)

OGGETTO: **RICHIESTA FERIE** ai sensi dell’art. 13 del C.C.N.L. del 29/11/2007 comparto scuola.

**RICHIESTA FESTIVITÀ SOPPRESSE** ai sensi dell’art. 14 del C.C.N.L. del 29/11/2007 comparto scuola (Legge n°937 del 23/12/1977).

Il/La sottoscritto/a …………………………………………………… in servizio nel corrente anno scolastico 20.…/20.… presso la sede I.T.N. - I.PA.M. - I.T.C. - IPC e LICEO di codesta Istituzione Scolastica in qualità di:

* Collaboratore Scolastico - ❑ Assistente Amministrativo - ❑ Assistente Tecnico - ❑ D.S.G.A incaricat… a Tempo Indeterminato ❑ - Determinato ❑
* avendo già usufruito di n° …… giorni di Ferie nel presente anno scolastico 201…/201…
* avendo già usufruito di n° …… giorni di Festività Soppresse nel presente anno scolastico 201…/201…

CHIEDE

di poter usufruire di n° …… giorni di **Ferie** nel seguente periodo:

dal …………………………… al …………………………… n° giorni di Ferie

dal …………………………… al …………………………… n° giorni di Ferie

dal …………………………… al …………………………… n° giorni di Ferie

dal …………………………… al …………………………… n° giorni di Ferie

dal …………………………… al …………………………… n° giorni di Ferie

dal …………………………… al …………………………… n° giorni di Ferie

e n° …… giorni di **Festività Soppresse** nel seguente periodo:

dal …………………………… al …………………………… n° giorni di Festività Soppresse

dal …………………………… al …………………………… n° giorni di Festività Soppresse

dal …………………………… al …………………………… n° giorni di Festività Soppresse

dal …………………………… al …………………………… n° giorni di Festività Soppresse

Totale n° ………..

Data …………………………..

Firma

………………………………………

* VISTO SI AUTORIZZA
* VISTO NON SI AUTORIZZA ………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………….

Il Dirigente Scolastico Il D.S.G.A.

(Prof. ssa Luisa Filippini)