

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DEL CIRCOLO DIDATTICO DI
MONTE DI PROCIDA**

l sottoscritt_ _____
nat_ a _____ (PROV.____) il ___/___/19____
in servizio presso questo Circolo Didattico in qualità di collaboratore scolastico con
contratto a Tempo _____

chiede/comunica

- ASSENZA PER MALATTIA
- FERIE RELATIVE ALL'A.S. _____ (giorni già fruiti ___)
- FESTIVITA' SOPPRESSE
- PERMESSO RETRIBUITO PER MOTIVI _____
- ALTRO (SPECIFICARE) _____

Dal ___/___/20__ al ___/___/20__ GG. _____

Documentazione Allegata _____

Monte di Procida, ___/___/20__

FIRMA

Visto

DSGA



IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Dott.ssa Assunta Iannuzzi
