

ISTITUTO COMPRENSIVO SAN SOSTI-MALVITOVia Orto Sacramento, 5 – 87010 SAN SOSTI (CS)

Prot. N. _____ del _____

Tit. VII Cl. 4 Fasc. FP**Modello - Cronoprogramma****Programmazione Mensile di fruizione dei permessi retribuiti Legge n. 104/92**

Anno Scolastico: _____

Mese di: _____

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

Istituto Comprensivo San Sosti-Malvito

Via Orto Sacramento, 5 - 87010 SAN SOSTI (CS)

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____

Prov. (____) il ____/____/____, in servizio presso codesto Istituto in qualità di:

(barrare con una X la casella di interesse) **Docente a** Tempo Indeterminato Tempo Determinato **Assistente Amm.vo a** Tempo Indeterminato Tempo Determinato **Assistente Tecnico a** Tempo Indeterminato Tempo Determinato **Collab. Scolastico a** Tempo Indeterminato Tempo Determinato **Altro** *(specificare):* _____**CHIEDE**

ai sensi dell'art. 33, co. 3 della Legge n. 104/92, di poter usufruire dei permessi retribuiti per il mese di _____ nei seguenti giorni:

	DATA	GIORNO DELLA SETTIMANA
1.		
2.		
3.		

Il/La sottoscritto/a si riserva, in caso di necessità improvvisa, di chiedere la fruizione di giorni diversi da quelli su indicati.

San Sosti, lì _____

FIRMA _____