AL DIRIGENTE SCOLASTICO
ISTITUTO COMPRENSIVO - ALEZIO

OGGETTO: **Ferie A.S. 20___ /20 ___**

I.../L... sottoscritt.. ...

.....

in servizio in questo Istituto con contratto a tempo |_| Indeterminato |_| Determinato

in qualità di

.....

avendo già usufruito di gg..... di ferie per l'a.s. 20 ___ /20 ___ ai sensi del C.C.N.L. vigente e di gg..... di festività soppresse ai sensi della legge 23/12/1977, n. 937,

C H I E D E

di essere collocat_ in **FERIE**

per n. ..... giorni lavorativi dal ..... al.....
per n. ..... giorni lavorativi dal ..... al.....
per n. ..... giorni lavorativi dal ..... al.....
per n. ..... giorni lavorativi dal ..... al.....
per n. ..... giorni lavorativi dal ..... al.....
per n. ..... giorni lavorativi dal ..... al.....

di essere collocat_ in **FESTIVITA' SOPPRESSE**

per n. ..... giorni lavorativi dal ..... al.....
per n. ..... giorni lavorativi dal ..... al.....
per n. ..... giorni lavorativi dal ..... al.....
per n. ..... giorni lavorativi dal ..... al.....

REPERIBILITA' DURANTE LE FERIE:

Città .....

Via ..... n° .....

Tel. ....

....

luogo e data *Firma*

==========

Vista la domanda, |_| si concede |_| non si concede

IL DIRETTORE SGA
Stefano BRAY

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Sabrina STIFANELLI

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE
Sc. Infanzia, Primaria e Secondaria 1°gr. – Alezio e Sannicola
ALEZIO (LE)
E-mail: LEIC8AL00L@istruzione.it - LEIC8AL00L@pec.istruzione.it
Via Dante Alighieri, 1 - 73011 – ALEZIO Tel. – Fax : 0833 - 281042 - C.F. 91025770750

Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo Statale
ALEZIO - SANNICOLA

OGGETTO: RICHIESTA FERIE/FESTIVITÀ SOPPRESSE/RECUPERI.

Il/La sottoscritto/a_____

In servizio presso questo Istituto in qualità di ☐ DOCENTE ☐ ATA

con contratto a tempo ☐ INDETERMINATO ☐ DETERMINATO

Plesso_____

Avendo già usufruito di gg._____ di ferie per l'a.s. 20___/20___ (*ai sensi dell'art. 13 del C.C.N.L. 2006/2009*)

e di gg. _____ di festività soppresse (*ai sensi della L. 23/12/1977, n° 937*)

CHIEDE

☐ **Residuo ferie a.s. precedente;** ☐ **Ferie anno in corso;** ☐ **Festività soppresse;**

☐ **Riposo compensativo di n. _____ore di lavoro straordinario**

Per n. giorni_____ dal_____ al_____ Per n. giorni_____ dal_____ al_____

Per n. giorni_____ dal_____ al_____ Per n. giorni_____ dal_____ al_____

Per n. giorni_____ dal_____ al_____ Per n. giorni_____ dal_____ al_____

Comunicare di seguito l'indirizzo solo se diverso da quello già comunicato a scuola:

Il/La sottoscritto/a è reperibile

presso_____via_____ n. ____

Tel.:_____

Alezio,_____ Firma_____

RISERVATO AL D.S.G.A Visto si esprime parere_____ **FIRMA**_____

RISERVATO AL Responsabile di plesso
Visto si esprime parere_____ **FIRMA**_____

RISERVATO AL DIRIGENTE

☐ Si concede

☐ Non si concede

Il Dirigente Scolastico
Prof.ssa Sabrina STIFANELLI