



Regione Sicilia



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca



Unione Europea

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE
"AGRIGENTO CENTRO"

Viale della Vittoria, 5 - 92100 Agrigento Tel. 0922/20786 – Fax 0922/404875
Codice Fiscale: 93062650846 Codice Meccanografico: AGIC821001

www.icagrigentocentro.edu.it e-mail: agic821001@istruzione.it pec: agic821001@pec.istruzione.it

a.s. 20____/20____

Al Dirigente scolastico
I.C. Agrigento Centro
di Agrigento

Il/La sottoscritto/a _____ in servizio presso questo istituto nel corrente anno scolastico, con contratto di lavoro a tempo **determinato/indeterminato**, con la qualifica di

- insegnante di scuola Secondaria 1° Grado insegnante di scuola primaria insegnante di scuola dell'infanzia
 DSGA assistente amministrativo collaboratore scolastico

chiede alla S.V. di poter usufruire di:

Ferie

- relative al corrente anno scolastico
Restano da fruiregiorni
 maturate e non godute nel precedente anno scolastico
Restano da fruiregiorni

dal _____ al _____ di compl. n. _____ giorni ; dal _____ al _____ di compl. n. _____ giorni ;
dal _____ al _____ di compl. n. _____ giorni ; dal _____ al _____ di compl. n. _____ giorni ;

Festività soppresse previste dalla Legge 23 dicembre 1977, n. 937, art. 1, lett. b) e art. 14 CCNL Scuola 24-7-2003

dal _____ al _____ di compl. n. _____ giorni ; dal _____ al _____ di compl. n. _____ giorni ;

Permesso retribuito per

- partecipazione a concorso/esame restano da fruire..... giorni
 lutto familiare restano da fruire..... giorni
 motivi personali/familiari restano da fruire..... giorni
 matrimonio restano da fruire..... giorni
 L.104/92 restano da fruire..... giorni
 formazione restano da fruire..... giorni
 altro restano da fruire..... giorni

dal _____ al _____ di compl. n. _____ giorni ; dal _____ al _____ di compl. n. _____ giorni ;

Riposo compensativo

dal _____ al _____ di compl. n. _____ giorni ; dal _____ al _____ di compl. n. _____ giorni ;
dal _____ al _____ di compl. n. _____ giorni ; dal _____ al _____ di compl. n. _____ giorni ;

Malattia **si allega certificato medico**

dal _____ al _____ di compl. n. _____ giorni ; dal _____ al _____ di compl. n. _____ giorni ;
dal _____ al _____ di compl. n. _____ giorni ; dal _____ al _____ di compl. n. _____ giorni ;

Visita Specialistica per analisi ed accertamenti **Antimeridiano dalle ore** **Pomeridiano dalle ore**

dal _____ al _____ di compl. n. _____ giorni ; dal _____ al _____ di compl. n. _____ giorni ;
dal _____ al _____ di compl. n. _____ giorni ; dal _____ al _____ di compl. n. _____ giorni ;

Il sottoscritto dichiara che nel predetto periodo sarà reperibile al seguente indirizzo: _____

Con osservanza.

Agrigento, _____

_____ firma del dipendente

RISERVATO AL Direttore dei Servizi Generali e Amministrativi

Visto, si esprime parere

- favorevole
 NON favorevole

Il Direttore dei Servizi Gen. Amm. vi
Dott.ssa Mariafilì Chiapparò

Agrigento, _____

RISERVATO AL Dirigente scolastico

- Si concede
 Non si concede
 NON favorevole

Agrigento, _____

Il Dirigente scolastico
Prof.ssa Anna Gangarossa