

[Empty box]

I sig.re/ra [Empty box]
(cognome e nome)

in servizio in questa Istituzione Scolastica in qualità di:

<input type="checkbox"/> Direttore dei Servizi Generali Amministrativi	I.T.I. <input type="checkbox"/>	I.T.D. <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Assistente Amministrativo	I.T.I. <input type="checkbox"/>	I.T.D. <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Collaboratore Scolastico	I.T.I. <input type="checkbox"/>	I.T.D. <input type="checkbox"/>

CHIEDE

a mente degli artt.14 e 19 del CCNL29/11/2007

q
u
a
d
r
o
A

gg. di ferie relative all'anno 200___/___
dal _____ al _____ gg. ___ dal _____ al _____ gg. ___
dal _____ al _____ gg. ___ dal _____ al _____ gg. ___
dal _____ al _____ gg. ___ dal _____ al _____ gg. ___
dal _____ al _____ gg. ___ dal _____ al _____ gg. ___

q
u
a
d
r
o
B

gg. di festività sopresse relative all'anno 20(0___/___
dal al dal al gg.
dal al dal al gg.

Dichiara di aver già fruito di gg. di ferie
Sant'Egidio del Monte Albino, li

FIRMA
[Empty box]

q
u
a
d
r
o
C

Riservato all'ufficio prot. n. **del**

Ferie spettanti: gg.
Ferie già fruito gg.
Ferie disponibili gg.
Ferie residue gg.

PARERE DEL DSGA FIRMA
FAVOREVOLE / NON FAVOREVOLE

VISTO: SI concede/ono / NON si concede/ono

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
DOTT. ANGELO DE MAIO
[Empty box]