

Mod. Ferie Docenti e ATA
Compilare, stampare, firmare, consegnare in segreteria

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
I.S.I.S.S. "Galilei-Bocchialini"

__ sottoscritt__ _____ in qualità di _____ ,
con contratto a tempo _____, in servizio presso la sede _____;

chiede di usufruire giorni di ferie e/o festività sopresse

_____	dal _____	al _____	relative a.s. _____ / _____	gg. _____
_____	dal _____	al _____	relative a.s. _____ / _____	gg. _____
_____	dal _____	al _____	relative a.s. _____ / _____	gg. _____
_____	dal _____	al _____	relative a.s. _____ / _____	gg. _____
_____	dal _____	al _____	relative a.s. _____ / _____	gg. _____
_____	dal _____	al _____	relative a.s. _____ / _____	gg. _____

(gg/mm/aaaa) (gg/mm/aaaa) (aaaa) (aa) (gg)

Proprio indirizzo e-mail per comunicazione: _____@poloagroindustriale.gov.it

_____, _____
(gg/mm/aaaa)

firma in originale

(parte riservata all'amministrazione)

VISTA la domanda dell'interessat__, si concedono
 le ferie
 le giornate di recupero festività sopresse

_____, _____
(gg/mm/aaaa)

Il Direttore S.G.A.

Il Dirigente Scolastico