

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

IIS GOVONE ALBA

Il/La sottoscritto/a _____

in servizio presso questo Istituto in qualità di docente a tempo _____

*chiede di poter usufruire di un permesso breve **della durata di ore _____

oppure di ferie*** _____ o di malattia per visita medica*** _____

in occasione della seguente riunione

- collegio docenti

- consiglio di classe

- riunione di programmazione

- altro _____

prevista per il giorno _____

Alba, _____

Firma _____

VISTO SI AUTORIZZA

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

PROF. Roberto Buongarzone

** Barrare la voce che interessa*

*** il permesso potrà essere richiesto a fronte di un'assenza dal servizio non superiore al 50% dell'impegno lavorativo giornaliero*

****intera giornata*