

Spazio riservato al protocollo:

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE
DI VILAFRANCA D'ASTI

Il/La sottoscritto/a _____, in servizio presso la scuola _____
in qualità di _____ a tempo **indeterminato**, ai sensi del C.C.N.L. 29/11/2007:
 determinato

CHIEDE

n. _____ giorni di **FERIE** (art. 13- 19 CCNL 29/11/07) dal _____ al _____
(massimo 6 giorni per anno scolastico durante le attività didattiche per i docenti)

Verrà sostituita senza onere né recupero di ore dalle seguenti colleghe:

GIORNO _____

ORA DI LEZIONE	NOMINATIVO	FIRMA DELLA SUPPLENTE
I		
II		
III		
IV		
MENSA		
V		
VI		
VII		

GIORNO _____

ORA DI LEZIONE	NOMINATIVO	FIRMA DELLA SUPPLENTE
I		
II		
III		
IV		
MENSA		
V		
VI		
VII		

GIORNO _____

ORA DI LEZIONE	NOMINATIVO	FIRMA DELLA SUPPLENTE
I		
II		
III		
IV		
MENSA		
V		
VI		
VII		

Eventuale recapito, diverso dalla residenza abituale, durante le ferie:

_____ tel. _____

Data _____

FIRMA _____

- SI CONCEDE
 NON SI CONCEDE

La Dirigente Scolastica
Silvia SINCERI