

Il/La sottoscritto/a

Cognome
Nome
Qualifica	<input type="checkbox"/> Assistente Amm.vo <input type="checkbox"/> Collaboratore Scolastico <input type="checkbox"/> D.S.G.A.
In servizio con contratto	<input type="checkbox"/> a tempo indeterminato <input type="checkbox"/> a tempo determinato
Servizio	<input type="checkbox"/> più di tre anni di servizio <input type="checkbox"/> meno di tre anni
TIPO RICHIESTA	<input type="checkbox"/> FERIE ANNO SCOLASTICO PRECEDENTE <input type="checkbox"/> FERIE ANNO SCOLASTICO IN CORSO <input type="checkbox"/> FESTIVITA' SOPPRESSE
PERIODI RICHIESTI	DALAL DALAL DALAL..... DAL.....AL.....
Dichiarazione del Recapito durante il periodo di ferie (obbligatorio):	
Stato..... Comune..... Prov.	
Via/Piazza..... N° Telefono	

Data.....

Firma.....

RISERVATO ALL'AMMINISTRAZIONE

Giornate già Usufruite alla data della richiesta	N.	Giornate complessivamente richieste	N.	Rimanenza ferie da usufruire	N.
Si esprime parere positivo Data.....			Si autorizza Data.....		
IL DIRETTORE S.G.A. Renato Lovisolo			IL DIRIGENTE SCOLASTICO		