Al Dirigente Scolastico

Prot.n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Sostituzioni
* AXIOS
* VSG

I.C.S. “Padre Pino Puglisi”

BUCCINASCO (MI)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In servizio in qualità di:

|  |  |
| --- | --- |
| □ DOCENTE   * INFANZIA * PRIMARIA * SECONDARIA | A.T.A.   * ASSISTENTE AMMINISTRATIVO * COLLABORATORE SCOLASTICO * D.S.G.A. |

Con contratto a tempo indeterminato tempo determinato

Presso: SCUOLA SECONDARIA

PRIMARIA ROBBIOLO PRIMARIA ROBARELLO

INFANZIA ROBBIOLO INFANZIA PETRARCA

**CHIEDE**

La concessione di un:

* PERMESSO L. 104

DAL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ GG.\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In servizio dalle ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARA inoltre**

* Che la persona per la quale vengono richiesti i permessi NON è ricoverata a tempo pieno presso istituti specializzati
* Che la persona per la quale vengono richiesti i permessi è ricoverata a tempo pieno presso istituto specializzato, pertanto allega richiesta della struttura.

Buccinasco, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C:\Program Files\Microsoft Office\MEDIA\OFFICE14\Lines\BD14710_.gif

Visto in data, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DIRIGENTE SCOLASTICO

*Dott.ssa Antonella Lacapra*