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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_



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

 DIRIGENTE SCOLASTICO

 *Dott.ssa Antonella Lacapra*