

ALLA DIRIGENTE SCOLASTICA  
SCUOLA SECONDARIA DI IGRADO A. GRANDI - LECCE

Il sottoscritt \_\_\_\_\_  
cognome e nome \_\_\_\_\_ qualifica \_\_\_\_\_

a tempo \_\_\_\_\_ in servizio presso questa Scuola nel corrente a. s. \_\_\_\_\_  
indeterminato / determinato

chiede alla S.V. di poter usufruire \_\_\_\_\_ per il \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

per complessivi giorni \_\_\_\_\_ di

Ferie  relative al **corrente a. s.** \_\_\_\_\_  
 maturate e non godute nel **precedente a. s.** \_\_\_\_\_

Festività previste dalla Legge 2311211977 , n° 937 (festività soppresse).

Permesso Retribuito per (\*)  partecipazione a concorso / esame  
 Lutto familiare  
 Motivi personali / familiari  
 Matrimonio

Astensione facoltativa dal lavoro prevista dalla Legge 30/12/1971, n° 1204 (\*)

Astensione facoltativa dal lavoro prevista dalla Legge 30/20/1971, n° 1204 (\*\*)

Aspettativa per motivi di famiglia / studio (\*)

Malattia (\*\*) \_\_\_\_\_

Altro caso previsto dalla normativa vigente (\*) \_\_\_\_\_

SCUOLA SECONDARIA 1° GRADO  
"A. GRANDI"

Data \_\_\_\_\_

Protocollo \_\_\_\_\_

Categoria \_\_\_\_\_

**Con osservanza**

Data \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ firma del dipendente

(\*) allegare documentazione giustificativa

(\*\*) a/legare documentazione medica

**RISERVATO ALLA SEGRETERIA**

Il dipendente ha già fruito di complessivi giorni \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_  
nel corso del: - **corrente a.s./mese** \_\_\_\_\_  
- **precedente a.s.** \_\_\_\_\_

documentazione giustificativa  
 certificazione medica

**Triennio** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ l'Assistente Amm.vo addetto al controllo

\_\_\_\_\_ Il Direttore S.G.A.

**ANNOTAZIONI DELLA DIRIGENTE SCOLASTICA**

VISTO: **LA DIRIGENTE SCOLASTICA**  
(Dr. Maria Rosaria MANCA)