

Al Dirigente Scolastico
Dell'I.C. "G. Moscati" - Benevento

OGGETTO: Richiesta del PERSONALE ATA di: FERIE
 FESTIVITÀ SOPPRESSE
 RECUPERI COMPENSATIVI

Il/La sottoscritt _____,

in servizio presso questo Istituto Comprensivo in qualità di _____,

CHIEDE

Di potere fruire di:

- | | | | | |
|--------------------------|-----------------------|-----------|----------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> | ferie a.s. _____ | dal _____ | al _____ | (tot. giorni: _____) |
| <input type="checkbox"/> | ferie a.s. _____ | dal _____ | al _____ | (tot. giorni: _____) |
| <input type="checkbox"/> | ferie a.s. _____ | dal _____ | al _____ | (tot. giorni: _____) |
| <input type="checkbox"/> | ferie a.s. _____ | dal _____ | al _____ | (tot. giorni: _____) |
| <input type="checkbox"/> | ferie a.s. _____ | dal _____ | al _____ | (tot. giorni: _____) |
| <input type="checkbox"/> | ferie a.s. _____ | dal _____ | al _____ | (tot. giorni: _____) |
| <input type="checkbox"/> | festività soppresse | dal _____ | al _____ | (tot. giorni: _____) |
| <input type="checkbox"/> | festività soppresse | dal _____ | al _____ | (tot. giorni: _____) |
| <input type="checkbox"/> | recuperi compensativi | dal _____ | al _____ | (tot. giorni: _____) |
| <input type="checkbox"/> | recuperi compensativi | dal _____ | al _____ | (tot. giorni: _____) |
| <input type="checkbox"/> | recuperi compensativi | dal _____ | al _____ | (tot. giorni: _____) |
| <input type="checkbox"/> | recuperi compensativi | dal _____ | al _____ | (tot. giorni: _____) |

Eventuale indirizzo e recapito telefonico per comunicazioni, durante il periodo di ferie, di festività soppresse o recupero compensativo: _____

Benevento, _____

(firma)

VISTO SI AUTORIZZA

Il Direttore S. G. A.
Dott.ssa Luciana De Filippo

Il Dirigente Scolastico
Dott.ssa Ernestina Cassese

DA COMPILARSI A CURA DELLA SEGRETERIA

Restano da fruire dopo la presente richiesta :

n° gg. _____ di ferie a.s. _____

n° gg. _____ di ferie a.s. _____

n° gg. _____ di festività soppresse