|  |  |
| --- | --- |
|  | **Al Dirigente Scolastico** **ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE****“DON MILANI”****Via Belisario Corenzio, 46** **84129 SALERNO** **saic8b600g@istruzione.it** |
|  |  |

**OGGETTO: RICHIESTA FERIE E FESTIVITA’ SOPPRESSE**

**(Artt. 19 e 20 C.C.N.L. 26.5.1999)**

**PERSONALE** Scegliere un elemento.

**A TEMPO** Scegliere un elemento.**.**

 Il/la sottoscritto/a Fare clic qui per immettere testo. in servizio nella sede di Scegliere un elemento. con la qualifica di Scegliere un elemento.

# **C H I E D E**

di poter usufruire di n. Fare clic qui per immettere testo. giorni di congedo ordinario

dal immettere una data.

al immettere una data.

per il seguente motivo:

**- Ferie** testo. (max gg. 32 / a.s.)

**- Festività soppresse** testo.(max gg. 4/ a.s.)

 Il/la sottoscritto/a dichiara di aver usufruito di n. testo. giorni di ferie durante l’attività didattica.

Salerno, Fare clic qui per immettere una data.

 **FIRMATO** Fare clic qui per immettere testo.