

Al Dirigente Scolastico
Liceo Scientifico " G. Marconi"
Parma

OGGETTO: PERMESSO PERSONALE DOCENTE A.S. 20____/20____

____ I ____ sottoscritt_____

_____ in servizio presso codesto Istituto
(qualifica)

CHIEDE

n. ____ giorn____ dal _____ al _____ di

permesso retribuito (per il personale docente a tempo indeterminato) ai sensi dell'art. 15 comma 2 del C.C.N.L. 29/11/2007 per motivi _____ (familiari o personali) come da allegata autocertificazione (massimo 3 gg. per anno scolastico oppure massimo 9 gg. comprensivi dei 6 gg. di ferie)

permesso non retribuito (per il personale docente a tempo determinato) ai sensi dell'art. 19 comma 7 del C.C.N.L. 29/11/2007 per motivi _____ (familiari o personali) come da allegata autocertificazione (massimo 6 gg. per anno scolastico)

Parma, _____

(firma)

VISTO: si concede

Il Dirigente Scolastico
Prof. Adriano Cappellini