Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
ISTITUTO ISTRUZIONE SUPERIORE "G. GOVONE"
LICEO CLASSICO - LICEO ARTISTICO ALBA
Via Teobaldo Calissano n. 8 - 12051 ALBA (CN)
TEL. 0173 440152 - FAX 0173 228286
e-mail: cnis00700t@istruzione.it **PEC: cnis00700t@pec.istruzione.it**

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
IIS GOVONE - ALBA

OGGETTO: PERMESSO RETRIBUITO – DIRITTO ALLO STUDIO

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____

IN SERVIZIO PRESSO QUESTO ISTITUTO IN QUALITA' DI _____

CON RAPPORTO DI LAVORO A TEMPO _____

CHIEDE

CHE GLI/LE VENGA ACCORDATO UN PERMESSO PER DIRITTO ALLO STUDIO NEI SEGUENTI GIORNI E ORE:

GIORNO _____ PER N. ORE _____ DALLE ORE _____ ALLE ORE _____
GIORNO _____ PER N. ORE _____ DALLE ORE _____ ALLE ORE _____
GIORNO _____ PER N. ORE _____ DALLE ORE _____ ALLE ORE _____
GIORNO _____ PER N. ORE _____ DALLE ORE _____ ALLE ORE _____
GIORNO _____ PER N. ORE _____ DALLE ORE _____ ALLE ORE _____

PER COMPLESSIVE ORE ____ PER IL SEGUENTE MOTIVO: (SPECIFICARE IL MOTIVO DELL'ASSENZA DA DOCUMENTARE: ESAME, LEZIONE, STUDIO INDIVIDUALE ECC.)

_____

DATA _____ FIRMA _____

&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

VISTO l'art. 15 comma 7 e l'art. 19 comma 1 del CCNL comp. Scuola 29/11/2007;

CONSIDERATO che l'interessato/a nel corrente anno solare ha già usufruito di n. ____ ore di permesso e deve ancora usufruire di n. _____ ore

CONCEDE

n. ____ ore complessive di permesso per diritto allo studio nei giorni specificati.

ALBA, _____
PROT. N. _____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
PROF. LUCIANO MARENGO

_____

AL FASCICOLO PERSONALE
ALL'INTERESSATO/A