AL DIRIGENTE SCOLASTICO

I.C. “P. SOPRANI”

CASTELFIDARDO

OGGETTO: **Richiesta di permesso retribuito (Diritto allo Studio).**

|  |
| --- |
| **Il/La sottoscritto/a**  |
| **❑ Docente di Scuola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nel plesso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **❑ personale A.T.A. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** (specificare il profilo) |
| **con incarico a tempo Indeterminato/Determinato** |

**CHIEDE**

Alla S.V. DI POTER USUFRUIRE DEL Permesso retribuito per diritto allo studio ai fini del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(s((specificare il titolo e/o la motivazione)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Giorno | Dalle ore | Alle ore | Totale ore giornaliere |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Per un totale complessivo di n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ore.

Ringrazia e porge distinti saluti

Castelfidardo, \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma del richiedente

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

VISTO

❑ si autorizza

❑non si autorizza **Il Dirigente Scolastico**

 **Dott.ssa Monica Marchiani**