

**Modello 9**

**Al Dirigente Scolastico  
dell'Istituto Comprensivo di  
Castel San Giovanni**

**OGGETTO: domanda di permesso retribuito per lutto**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Domiciliato/a in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_, in servizio presso l'Istituto Comprensivo di Castel San Giovanni

Scuola \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_

con contratto di lavoro **a tempo determinato**

**CHIEDE**

in applicazione del comma 9, dell'art. 19, del C.C.N.L. 29/11/2007, la concessione di gg: \_\_\_\_\_ di

**PERMESSO RETRIBUITO**, relativi al corrente anno scolastico, da fruire ne \_\_\_\_\_ sottoindicat\_ giorni  
per i seguenti motivi: \_\_\_\_\_

- dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ =gg. \_\_\_\_\_
- dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ =gg. \_\_\_\_\_
- dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ =gg. \_\_\_\_\_

Chiede, altresì, che eventuali comunicazioni vengano effettuate al seguente indirizzo:

\_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

Allega documentazione/certificazione giustificativa.

\_\_\_\_\_ lì \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Firma

VISTO: SI AUTORIZZA  
IL DIRIGENTE SCOLASTICO  
(Prof.ssa Maria Cristina Dragoni)

N.B.: Permesso retribuito per lutto: max gg.3 anche non consecutivi.