

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_ giorn_

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.