Ministero dell'Istruzione e del Merito
Istituto Comprensivo Statale "A. Diaz"
Via Giovanni XXIII, 8 – 20821 Meda (MB)
Infanzia Polo: MBAA85901L – Primaria Polo: MBEE85901T
Primaria A. Diaz: MBEE85902V – Secondaria di 1° grado A. Frank: MBMM85901R
Tel. 036270960 – 70411 - **Fax** 0362333962
PEO: MBIC85900Q@istruzione.it – **PEC:** MBIC85900Q@pec.istruzione.it
Sito web: https://icdiazmeda.edu.it/
CUU: UFMVVJ – **CF:** 91074020156 – **CM:** MBIC85900Q

PERMESSO ORARIO PERSONALE SCOLASTICO

Protocollo _____
Data _____
Riservato all'Ufficio Segreteria

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo Statale
"A. Diaz" - Meda (MB)

Inserita ad:	**ARGO** ☐	**SIDI** ☐	**NET** ☐

DECRETO N.	_____	**del** _____	**verifica RTS**	☐

Il/La sottoscritto/a _____

in servizio presso questo **I**stituto **C**omprensivo **S**tatale "A. Diaz" in qualità di:

☐ **DOCENTE** ☐ **ATA** ☐ **Tempo Determinato** ☐ **Tempo Indeterminato**

nel plesso: ☐ **INFANZIA** ☐ **PRIMARIA "POLO"** ☐ **PRIMARIA "A. DIAZ"** ☐ **"A. FRANK"**

C H I E D E

di poter fruire il giorno _____ di ore _____ minuti _____ di permesso breve **dalle ore** _____ **alle ore** _____, da recuperare entro due mesi lavorativi successivi al corrente mese.

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza delle norme che regolano la concessione e il recupero delle ore godute.

Meda, _____

Firma del dipendente: _____

÷÷÷