

**PERMESSO DIRITTO ALLO STUDIO 150 ORE ~ DOCENTE**

**Al Dirigente Scolastico**

**dell'Istituto Comprensivo Statale**

**"A. Diaz" - Meda (MB)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Inserita:** | **ARGO**  | **SIDI**  | **EXCEL**  |

|  |
| --- |
| Protocollo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| **Riservato all'Ufficio Segreteria** |

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 **DOCENTE Tempo Determinato Tempo Indeterminato**

nel plesso:  **INFANZIA PRIMARIA “POLO” PRIMARIA “A. DIAZ” “A. FRANK”**

essendo beneficiario per l’anno scolastico \_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_ delle 150 ore per diritto allo studio

# CHIEDE

ai sensi dell’art. 15 comma 7 del CCNL Scuola del 29/11/2007, dell’art. 3 DPR 395/88 e del CCIR \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sulla fruizione dei permessi per diritto allo studio, di poter usufruire dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di permessi straordinari retribuiti in quanto regolarmente iscritto presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e frequentante il seguente corso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_:

 permesso orario, dalle ore \_\_\_\_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_\_\_\_ del giorno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

 totale gg. \_\_\_\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Il beneficiario del/i permesso/i succitato/i si impegna a presentare certificazione giustificativa al rientro in sede.**

Meda, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del dipendente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷

**VISTO:**
*(****per presa visione Referente di plesso****)*

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

Il Dirigente Scolastico

Dott.ssa Valeria Cereda