



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 DIRITTO ALLO STUDIO 150 ORE ~ DOCENTE

Al Dirigente Scolastico

dell'Istituto Comprensivo Statale

"A. Diaz" - Meda (MB)

Protocollo _____
Data _____
Riservato all'Ufficio Segreteria

Inserita:	ARGO <input type="checkbox"/>	SIDI <input type="checkbox"/>	EXCEL <input type="checkbox"/>
------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------------

Il/La sottoscritto/a _____

in servizio presso questo Istituto Comprensivo Statale "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

C H I E D E

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 _____:

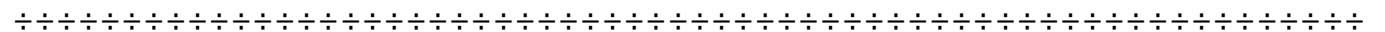
permesso orario, dalle ore _____ alle ore _____ del giorno _____;

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: _____



V I S T O :

(per presa visione Referente di plesso)

Il Dirigente Scolastico
Dott.ssa Valeria Cereda