

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
LICEO ARTISTICO - ANCONA**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ in servizio presso questa Istituzione scolastica in qualità di

Personale docente

Personale A.T.A

**CHIEDE**

che gli/le vengano concessi i giorni sotto indicati: (*contrassegnare con una X le voci che interessano*)

n. \_\_\_\_\_ giorni di FERIE RELATIVE ALL'ANNO PRECEDENTE – periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_ giorni di FERIE RELATIVE ALL'ANNO IN CORSO – periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

(per i docenti) \_I\_ sottoscritt\_ è a conoscenza che la concessione di ferie non dovrà comportare oneri aggiuntivi per la scuola:

Dichiara che per i predetti giorni verrà sostituit\_ dai sottoelencati docenti:

\_\_\_\_\_ dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_ giorni/ore di RECUPERO SOSTITUTIVO STRAORDINARI – periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_ ore di PERMESSO BREVE - dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ del giorno \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_ giorni di PERMESSO RETRIBUITO - periodo \_\_\_\_\_ per:

❖ particolare motivo familiare o personale (*specificare e allegare relativa documentazione*):

❖ lutto per la perdita di \_\_\_\_\_ (*specificare e allegare relativa documentazione*)

❖ esami e concorsi \_\_\_\_\_ (*specificare e allegare relativa documentazione*)

❖ matrimonio (*allegare relativa documentazione*)

n. \_\_\_\_\_ giorni per MALATTIA – periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
(*allegare certificato medico*)

n. \_\_\_\_\_ giorni per VISITA SPECIALISTICA – periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
(*allegare certificato medico*)

n. \_\_\_\_\_ giorni/ore di PERMESSO SINDACALE – periodo \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_ giorni LEGGE 104/1992 – periodo \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_ giorni / ore ALTRO \_\_\_\_\_ periodo \_\_\_\_\_

Ancona, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(*firma per esteso e leggibile*)

**Note:**

Eventuale diverso recapito: Località \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

**VISTO:** si autorizza/non si autorizza

**Il Direttore S.G.A.**  
Tiziana Maiolatesi

Per presa visione  
Prof. Eros Stampatori

**Il Dirigente**  
Prof.ssa Milena Brandoni