

_ l_ sottoscritt_ _____

qualifica _____

in servizio presso la sede _____

C H I E D E

☐ n. _____ giorn _____ di **permesso retribuito** ai sensi dell'art. 35 comma 12 CCNL 2024

dal _____ al _____

☐ n. ore _____ dalle ore _____ alle ore _____ del giorno _____

☐ per i seguenti motivi da specificare in dettaglio a seguire:

oppure

☐ per motivi addotti verbalmente al Dirigente Scolastico

Allega eventualmente la seguente documentazione: _____

Arezzo, _____

firma

VISTO:
Il Dirigente Scolastico
Dr. Leandro Pellegrini