

_ 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 _____

☐ 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