MOD P4

ISTITUTO COMPRENSIVO di MARANO sul Panaro

Via Roma, 21- 41054 Marano sul Panaro (MO) –

Tel. 059 744184 Fax 059 744322

Cod. Fisc. 94166900368 - Sito web: **www.icmarano.gov.it**

e-mail:- moic83600b@istruzione.it e-mail cert.: moic83600b@pec.istruzione.it

Spazio riservato all'Ufficio
Ricevuto il _____
Prot.n° _____/_____

Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo di Marano sul Panaro

Oggetto: richiesta permesso straordinario retribuito/diritto studio

....l... sottoscritt ... . in servizio presso..... in qualità di .....
docente /A.T.A.
in posizione di ..... con contratto di lavoro a
titolare/trasf.annuale/assegnaz.provv./D.O.P.
tempo indeterminato/determinato, inclusa nell'elenco di cui all'oggetto per l'anno .....

chiede

di potersi assentare i... giorn... ..... dalle ore ..... alle ore ..... per esami/per assistere alle lezioni di ..... presso ....

...l... sottoscritt... ha fino ad ora usufruito di ore ..... su 150.

...l... sottoscritt... al rientro in sede (o al termine del corso) produrrà la documentazione relativa alle ore ed ai giorni di effettiva presenza al corso (o esame)

....., lì ....
Firma

PROSPETTO DELLE SOSTITUZIONI

giorno	*dalle ore*	*alle ore*	*sostituito dal collega*	*Firma del collega che effettua la sostituzione*	*Orario di servizio ordinario della persona che effettua la sostituzione* *dalle ore*	*alle ore*

Marano sul Panaro, lì _____

_____
firma del docente richiedente

VISTO SI AUTORIZZA
Il Dirigente Scolastico