Al Dirigente Scolastico

I.C. San Fili

**OGGETTO:** Richiesta del PERSONALE ATA di:  ***FERIE***

* ***FESTIVITÀ SOPPRESSE***
* ***RECUPERI COMPENSATIVI***

Il/La sottoscritt , in servizio presso questo Istituto Comprensivo in qualità di ,

**C H I E D E**

di potere fruire di:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| * **ferie a.s.**
 | dal  | al  | (tot. giorni: ) |
| * **ferie a.s.**
 | dal  | al  | (tot. giorni: ) |
| * **ferie a.s.**
 | dal  | al  | (tot. giorni: ) |
| * **ferie a.s.**
 | dal  | al  | (tot. giorni: ) |
| * **ferie a.s.**
 | dal  | al  | (tot. giorni: ) |
| * **ferie a.s.**
 | dal  | al  | (tot. giorni: ) |
| * **ferie a.s.**
 | dal  | al  | (tot. giorni: ) |
| * **festività soppresse**
 | dal  | al  | (tot. giorni: ) |
| * **festività soppresse**
 | dal  | al  | (tot. giorni: ) |
| * **recuperi compensativi**
 | dal  | al  | (tot. giorni: ) |
| * **recuperi compensativi**
 | dal  | al  | (tot. giorni: ) |
| * **recuperi compensativi**
 | dal  | al  | (tot. giorni: ) |
| * **recuperi compensativi**
 | dal  | al  | (tot. giorni: ) |

*(firma)*

VISTO SI AUTORIZZA

Il Direttore S. G. A. Il Dirigente Scolastico

 Dott.ssa Federica Apa Dott.ssa Simona Sansosti

# DA COMPILARSI A CURA DELLA SEGRETERIA

Restano da fruite dopo la presente richiesta : n°. gg. di ferie a.s. n° gg. di ferie a.s. n° gg. di festività soppresse