

OGGETTO: Richiesta del PERSONALE ATA: ferie - festività sopresse – riposi compensativi

Il/La sottoscritt_____ , in servizio presso questo Istituto Comprensivo in

qualità di: Assistente Amministrativo Collaboratore Scolastico

a tempo:

Indeterminato - tempo pieno

Determinato - tempo pieno

Indeterminato Indeterminato - tempo parziale "orizzontale"¹

Determinato Determinato - tempo parziale "orizzontale"¹

Indeterminato - tempo parziale "verticale"²

Determinato - tempo parziale "verticale"²

CHIEDE

Di potere fruire di:

- | | | | | |
|--------------------------|----------------------------|-----------|----------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> | Ferie | dal _____ | al _____ | (tot. giorni: _____) |
| <input type="checkbox"/> | Ferie | dal _____ | al _____ | (tot. giorni: _____) |
| <input type="checkbox"/> | Ferie | dal _____ | al _____ | (tot. giorni: _____) |
| <input type="checkbox"/> | Ferie | dal _____ | al _____ | (tot. giorni: _____) |
| <input type="checkbox"/> | Ferie | dal _____ | al _____ | (tot. giorni: _____) |
| <input type="checkbox"/> | Ferie | dal _____ | al _____ | (tot. giorni: _____) |
| <input type="checkbox"/> | Ferie | dal _____ | al _____ | (tot. giorni: _____) |
| <input type="checkbox"/> | Festività sopresse | dal _____ | al _____ | (tot. giorni: _____) |
| <input type="checkbox"/> | Festività sopresse | dal _____ | al _____ | (tot. giorni: _____) |
| <input type="checkbox"/> | Festività sopresse | dal _____ | al _____ | (tot. giorni: _____) |
| <input type="checkbox"/> | Riposo compensativo | dal _____ | al _____ | (tot. giorni: _____) |
| <input type="checkbox"/> | Riposo compensativo | dal _____ | al _____ | (tot. giorni: _____) |
| <input type="checkbox"/> | Riposo compensativo | dal _____ | al _____ | (tot. giorni: _____) |
| <input type="checkbox"/> | Riposo compensativo | dal _____ | al _____ | (tot. giorni: _____) |
| <input type="checkbox"/> | Riposo compensativo | dal _____ | al _____ | (tot. giorni: _____) |
| <input type="checkbox"/> | Riposo compensativo | dal _____ | al _____ | (tot. giorni: _____) |

Eventuale indirizzo e recapito telefonico per comunicazioni, durante il periodo di ferie, di festività sopresse o recupero compensativo:

Via/Piazza _____ n° civico _____ tel. _____

Città _____

Corigliano-Rossano, _____
(data) _____ (firma)

SPAZIO RISERVATO ALL'AMMINISTRAZIONE

VISTO:

si concede

non si concede per _____

Il Direttore SS.GG.AA.
Caterina Crudo

Il Dirigente Scolastico
Mauro Colafato

DA COMPILARSI A CURA DELLA SEGRETERIA

Restano da fruire dopo la presente richiesta: n° gg. _____ di ferie n° gg. _____ di festività sopresse

Annotazioni: _____

¹ Con articolazione della prestazione di lavoro ridotta su tutti giorni della settimana.

² Con articolazione della prestazione di lavoro solo su alcuni giorni della settimana.