AL DIRIGENTE SCOLASTICO
C.P.I.A. 1 SIENA

__l__ sottoscritt__ _____

in servizio presso la scuola primaria/secondaria di 1° grado _____

in qualità di _____ assunta a tempo indeterminato/determinato

CHIEDE

N. _____ giorni di recupero dal _____ al _____
dal _____ al _____

N. _____ ore di recupero dalle ore_____alle ore_____
il giorno_____

N. _____ ore di permesso per visita specialistica dalle ore_____alle ore_____
il giorno_____

Poggibonsi, _____

_____
(firma)

(parte riservata all'ufficio)

Prot. n. _____ /_____

VISTO si concedono i giorni / le ore di recupero richieste.

Poggibonsi, _____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Domenico Biagio Perrotta

_____