

_____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
Dott.ssa Riguccini Nadia