

___L___ sottoscritt___

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Insegnante | <input type="checkbox"/> a Tempo Indeterminato |
| <input type="checkbox"/> Dirett. Amm.vo | <input type="checkbox"/> a Tempo Determinato |
| <input type="checkbox"/> Assist. Amm.vo | |
| <input type="checkbox"/> Collab. Scolastico | in servizio presso _____ |

(Specificare il turno di servizio: dalle ore _____ alle ore _____)

C H I E D E

di potersi assentare dalle ore _____ alle ore _____ del giorno _____

per il seguente motivo: _____

DATA _____

FIRMA _____

ANNOTAZIONI DEL DIRIGENTE SCOLASTICO

Visto Il Dirigente Scolastic
Dott.ssa Rita Ivana Camboni