

Oggetto: **RICHIESTA PERMESSO ORARIO RETRIBUITO PER DIRITTO ALLO STUDIO**

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
in servizio presso codesta istituzione scolastica in qualità di Docente/ATA con contratto a tempo
indeterminato/determinato

CHIEDE

alla S.V. di poter usufruire di 150 ore di permesso straordinario retribuito ai sensi dell'art.3 del D.P.R.
n.395/1988, dell'art. 64, co. 10 del CCNL 2016-2018, con la seguente modalità:

GIORNO _____ N. ORE _____ dalle ore _____ alle ore _____ per _____

GIORNO _____ N. ORE _____ dalle ore _____ alle ore _____ per _____

GIORNO _____ N. ORE _____ dalle ore _____ alle ore _____ per _____

GIORNO _____ N. ORE _____ dalle ore _____ alle ore _____ per _____

GIORNO _____ N. ORE _____ dalle ore _____ alle ore _____ per _____

GIORNO _____ N. ORE _____ dalle ore _____ alle ore _____ per _____

Con osservanza.

Andria, _____

Firma _____

Si autorizza

- SI
- NO

Il Dirigente Scolastico
Dott.ssa Filomena CANNONE