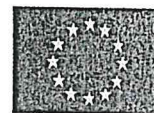




ISTITUTO ISTRUZIONE SUPERIORE  
 LUIGI DE' MEDICI "  
 Via Zabatta 19, 80044 OTTAVIANO  
 TEL. ( 081 ) 529 32 22 - Fax ( 081 ) 529 54 20  
 COD.MECC.: NAIS05800R COD.FISC. 84007150638  
 E-MAIL: de\_medici@libero.it



## PERMESSI ORARIO DOCENTI

AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
 DELL'ISIS "L. DE MEDICI"  
 OTTAVIANO

Il/La sottoscritt....., nato a .....  
 Il.....docente di.....presso la sede di.....  
 Chiede, ai sensi dell'art.22 del CCNL, un permesso breve di ore..... per il giorno.....  
 Dalle ore..... alle ore.....

All'uopo dichiara:

1. Di aver usufruito nel corso del corrente anno scolastico dei permessi brevi sotto indicati:

n.	ore	data	classe	n.	ore	data	classe	n.	ore	data	classe
1				4				7			
2				5				8			
3				6				9			

Totale ore di permessi goduti.....

2. Che sarà sostituito nelle ore del permesso richiesto, dai docenti appresso indicati, senza retribuzione alcuna:

n.	ora	classe	Docente supplente Senza retribuzione	Firma per accettazione
1				
2				
3				

3. Di essere a conoscenza dei comma 3 e 4 dell'art.22, che prevedono l'obbligo del recupero delle ore non lavorate o della relativa trattenuta, entro i due mesi successivi.

Ottaviano, lì

Con Osservanza

Visto si autorizza

Il Dirigente Scolastico  
 Prof .Ing. Vincenzo Falco