

PROGRAMMAZIONE MENSILE PER LA FRUIZIONE DEI

PERMESSI L. 104

PERSONALE ATA

**AL DS e DSGA
Dell' I.S.I.S "L.De'Medici"
di Ottaviano (NA)**

Il sottoscritto/a _____ in servizio presso codesto Istituto, plesso
_____ in qualità di personale ATA profilo **AA** **AT** **CS**

COMUNICA

Ai sensi dell'art. 32 del CCNL 2018, la propria programmazione mensile per la fruizione dei permessi L.104

1	
2	
3	

Ottaviano, li _____

Firma

N.B Si precisa che al presente seguirà da parte l'interessato l'istanza di fruizione permesso L.104

Per presa visione

IL DS O DSGA
