

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
LICEO CLASSICO "F. FREZZI-B. ANGELA"
FOLIGNO

Il/La sottoscritto/a _____ in servizio presso codesta
Scuola in qualità di _____ T.I. T.D.

C H I E D E

di poter usufruire per il seguente periodo:

dal _____ al _____ di complessivo n. _____ giorni di

Permesso retribuito ai sensi della legge 104/1992

A tal fine dichiara che la persona da assistere non è ricoverata a tempo pieno (intendendosi per ciò il ricovero per le intere ventiquattro ore).

La documentazione prevista è depositata presso codesta Scuola.

Con osservanza

Foligno lì _____

Annotazioni:.....
.....
.....

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Prof.ssa Neri Rosella
