|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ***SISTEMA DI GESTIONE INTEGRATO QUALITÀ-ACCREDITAMENTO***UNI EN ISO 9001:2015 - MANUALE OPERATIVO ACCREDITAMENTO | DOMANDA FERIE | ***Cod.Mod.*** | ***DP-002*** |
| **I.I.S. PRIMO LEVI** | *Pag. 1 di 1* | ***ED 2 Rev.0******02.03.2020*** |

**Protocollo n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/20\_\_\_\_\_\_\_**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in servizio presso codesto Istituto in qualità di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 con contratto di lavoro a tempo:

**⬜ Indeterminato ⬜ Determinato ⬜ Supplenza Breve**

⬜ Trovandosi nelle condizioni previste dall'art. 13 comma 4 del CCNL del 29/11/2007, ha diritto a 32 giorni di ferie oltre alle 4 giornate di recupero delle festività soppresse;

⬜ Non trovandosi nelle condizioni previste dall'art. 13 comma 4 del CCNL del 29/11/2007, ha diritto a 30 giorni di ferie oltre alle 4 giornate di recupero delle festività soppresse;

**CHIEDE**

Ai sensi degli artt. 13, 14 e 19 del CCNL del 29/11 /2007, di fruire:

⬜ FERIE giorni n°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ⬜ Anno corrente ⬜ Anno precedente

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dal** |  | **Al** |  | **Giorni** |  |
| **Dal** |  | **Al** |  | **Giorni** |  |
| **Dal** |  | **Al** |  | **Giorni** |  |
| **Dal** |  | **Al** |  | **Giorni** |  |
| **Dal** |  | **Al** |  | **Giorni** |  |
| **Dal** |  | **Al** |  | **Giorni** |  |
| **Dal** |  | **Al** |  | **Giorni** |  |
| **Dal** |  | **Al** |  | **Giorni** |  |

⬜ RECUPERO FESTIVITÀ SOPPRESSE giorni n°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dal** |  | **Al** |  | **Giorni** |  |
| **Dal** |  | **Al** |  | **Giorni** |  |

Comunica di essere reperibile al seguente indirizzo:

Cognome e Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ . Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Città'\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Torino**, \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_\_ Firma leggibile del richiedente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **Firma dell'Assistente Amministrativo addetto all'Ufficio**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**⬜ Si autorizza ⬜ Non si autorizza**

Il Direttore dei SS.G.AA. Il Dirigente Scolastico

*(Carmen VannicelliI) (Prof.ssa Anna Rosaria TOMA)*

*Personale Docente e Personale A.T.A.*