Ministero dell'Istruzione
Istituto Comprensivo Statale "A. Diaz"
Via Giovanni XXIII, 6 ~ 20821 Meda (MB)
Infanzia Polo: **MBAA85901L** ~ Primaria Polo: **MBEE85901T**
Primaria A. Diaz: **MBEE85902V** ~ Secondaria di 1° Grado A. Frank: **MBMM85901R**
Tel. 0362 70960 - 70411 ~ Fax 0362 333962
PEO: MBIC85900Q@istruzione.it PEC: MBIC85900Q@pec.istruzione.it Sito web: www.icdiazmeda.edu.it
Codice Univoco Ufficio: UFMVVJ ~ Codice Fiscale: 91074020156 ~ Codice Meccanografico: MBIC85900Q

PERMESSO DIRITTO ALLO STUDIO 150 ORE ~ DOCENTE

Al Dirigente Scolastico

dell'Istituto Comprensivo Statale

"A. Diaz" - Meda (MB)

Protocollo ___________ Data _______________	
Riservato all'Ufficio Segreteria	

Inserita ad:	**ARGO** ☐	**SIDI** ☐	**EXCEL** ☐

Il/La sottoscritto/a ____

in servizio presso questo **I**stituto **C**omprensivo **S**tatale "A. Diaz" in qualità di:

☐ **DOCENTE** ☐ **Tempo Determinato** ☐ **Tempo Indeterminato**

nel plesso: ☐ **INFANZIA** ☐ **PRIMARIA "POLO"** ☐ **PRIMARIA "A. DIAZ"** ☐ **"A. FRANK"**

essendo beneficiario per l'anno scolastico _________ / _________ delle 150 ore per diritto allo studio

C H I E D E

ai sensi dell'art. 15 comma 7 del CCNL Scuola del 29/11/2007, dell'art. 3 DPR 395/88 e del CCIR ______________________________________ sulla fruizione dei permessi per diritto allo studio, di poter usufruire dal __________________ al __________________ di permessi straordinari retribuiti in quanto regolarmente iscritto presso ____
e frequentante il seguente corso ____:

☐ permesso orario, dalle ore _________ alle ore _________ del giorno _________________________;

☐ totale gg. _________ dal ________________________ al ________________________.

Il beneficiario del/i permesso/i succitato/i si impegna a presentare certificazione giustificativa al rientro in sede.

Meda, ______________________

Firma del dipendente: ________________________

÷÷

V I S T O :

(per presa visione Referente di plesso)

____

Il Dirigente Scolastico
Dott.ssa Tiziana Trois