



ISTITUTO STATALE DI ISTRUZIONE SUPERIORE “MARGARITONE”

**RICHIESTA PERMESSO PER LA FRUIZIONE DEI PERMESSI
RETRIBUITI PER IL DIRITTO ALLO STUDIO (150 ORE)**

Al DIRIGENTE SCOLASTICO
I.S.I.S. “Margaritone” AREZZO

Il sottoscritt _____
nat a _____ (Prov. _____) il _____
in servizio nell’A.S. _____ presso codesta Istituzione Scolastica
in qualità di _____ con contratto
a tempo indeterminato/determinato.

CHIEDE

di poter usufruire del permesso di studio nei giorni:

il _____ dalle ore _____ alle ore _____ totale ore _____

il _____ dalle ore _____ alle ore _____ totale ore _____

il _____ dalle ore _____ alle ore _____ totale ore _____

il _____ dalle ore _____ alle ore _____ totale ore _____

Si allegnerà documentazione giustificativa.

Data _____

Firma del docente

VISTO del Dirigente Scolastico
