# Al Dirigente Scolastico dell’I.C. "CARDUCCI”

**di Capaccio Cap.**

**OGGETTO:** Richiesta del PERSONALE ATA di:  ***FERIE***

### FESTIVITÀ SOPPRESSE

* ***RECUPERI COMPENSATIVI***

Il/La sottoscritt ,

in servizio presso questo Istituto Comprensivo in qualità di ,

**C H I E D E**

Di potere fruire di:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| * **ferie a.s.**
 | dal  | al  | (tot. giorni: ) |
| * **ferie a.s.**
 | dal  | al  | (tot. giorni: ) |
| * **ferie a.s.**
 | dal  | al  | (tot. giorni: ) |
| * **ferie a.s.**
 | dal  | al  | (tot. giorni: ) |
| * **ferie a.s.**
 | dal  | al  | (tot. giorni: ) |
| * **ferie a.s.**
 | dal  | al  | (tot. giorni: ) |
| * **festività soppresse**
 | dal  | al  | (tot. giorni: ) |
| * **festività soppresse**
 | dal  | al  | (tot. giorni: ) |
| * **recuperi compensativi**
 | dal  | al  | (tot. giorni: ) |
| * **recuperi compensativi**
 | dal  | al  | (tot. giorni: ) |
| * **recuperi compensativi**
 | dal  | al  | (tot. giorni: ) |
| * **recuperi compensativi**
 | dal  | al  | (tot. giorni: ) |

Eventuale indirizzo e recapito telefonico per comunicazioni, durante il periodo di ferie, di festività soppresse o recupero compensativo:

Capaccio,

*(firma)*

VISTO SI AUTORIZZA

Il Direttore S. G. A. Il Dirigente Scolastico

**Angela CERVO Dott. ssa Silvana PEPE**

## DA COMPILARSI A CURA DELLA SEGRETERIA

Restano da fruite dopo la presente richiesta : n°. gg. di ferie a.s. n° gg. di ferie a.s. n° gg. di festività soppresse