



**ISTITUTO COMPRENSIVO CAPACCIO CAPOLUOGO**  
**“COSTABILE CARDUCCI”**

Via Fratelli Arenella n. 29 - 84047 Capaccio (SA) – Tel/Fax 0828.821040  
C.M.: SAIC8AY00L – C. F.: 90021760658 Codice Univoco UFBB6T

E-mai / [SAIC8AY00L@ISTRUZIONE.IT](mailto:SAIC8AY00L@ISTRUZIONE.IT) [capaccioprimo@libero.it](mailto:capaccioprimo@libero.it)

PEC: [SAIC8AY00L@PEC.ISTRUZIONE.IT](mailto:SAIC8AY00L@PEC.ISTRUZIONE.IT) WEB: [www.iccapacciocapoluogo.edu.it](http://www.iccapacciocapoluogo.edu.it)

Capaccio Paestum, 10/03/2021

IST. COMPR. "C. CARDUCCI" CAPACCIO CAP.  
Prot. 0001247 del 10/03/2021  
07 (Uscita)

**AL PERSONALE ATA**  
**AL D.S.G.A.**  
**All'ALBO**  
**AL SITO WEB**

**Oggetto: Ferie pasquali a.s. 2020/21; Ferie residue a.s. precedente; ore di lavoro straordinario.**

Al fine di predisporre il piano di ferie pasquali per l'a.s. 2020/21, si invita il personale ATA a presentare presso l'Ufficio Protocollo della scuola, le richieste di ferie e di recupero ore di lavoro straordinario.

Si ricorda che le attività didattiche saranno sospese dal 01/04/2021 al 06/04/2021

- **Sabato 03/04/2021 la scuola è chiusa.**

Pertanto le SS.LL. sono invitate a presentare **entro il 22 MARZO 2021:**

- Domande di ferie e recupero per il periodo pasquale;
- Domanda di ferie residue a.s. 2019/20 (ferie da consumarsi entro il 30 Aprile 2021);
- **Il personale con contratto fino al 12/06/2021 (organico aggiuntivo Covid-19) deve inoltre presentare il piano ferie maturate entro il 30/04/2021. Per il calcolo delle stesse si invita il personale a rivolgersi all'ufficio personale assistente amministrativo Milena Petrone.**

Distinti saluti.

**Il Dirigente Scolastico**  
**Dott.ssa Silvana PEPE**

*Firma autografa sostituita a mezzo stampa  
ai sensi dell'art. 3 comma 2 del D.lgs n. 39/93*

OGGETTO: Richiesta del PERSONALE ATA di:  FERIE  
 FESTIVITÀ SOPPRESSE  
 RECUPERI COMPENSATIVI

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_,

in servizio presso questo Istituto Comprensivo in qualità di \_\_\_\_\_,

**CHIEDE**

Di potere fruire di:

- |                          |                       |           |          |                      |
|--------------------------|-----------------------|-----------|----------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> | ferie a.s. _____      | dal _____ | al _____ | (tot. giorni: _____) |
| <input type="checkbox"/> | ferie a.s. _____      | dal _____ | al _____ | (tot. giorni: _____) |
| <input type="checkbox"/> | ferie a.s. _____      | dal _____ | al _____ | (tot. giorni: _____) |
| <input type="checkbox"/> | ferie a.s. _____      | dal _____ | al _____ | (tot. giorni: _____) |
| <input type="checkbox"/> | ferie a.s. _____      | dal _____ | al _____ | (tot. giorni: _____) |
| <input type="checkbox"/> | ferie a.s. _____      | dal _____ | al _____ | (tot. giorni: _____) |
| <input type="checkbox"/> | festività sopresse    | dal _____ | al _____ | (tot. giorni: _____) |
| <input type="checkbox"/> | festività sopresse    | dal _____ | al _____ | (tot. giorni: _____) |
| <input type="checkbox"/> | recuperi compensativi | dal _____ | al _____ | (tot. giorni: _____) |
| <input type="checkbox"/> | recuperi compensativi | dal _____ | al _____ | (tot. giorni: _____) |
| <input type="checkbox"/> | recuperi compensativi | dal _____ | al _____ | (tot. giorni: _____) |
| <input type="checkbox"/> | recuperi compensativi | dal _____ | al _____ | (tot. giorni: _____) |

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

Capaccio, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(firma)

VISTO SI AUTORIZZA

Il Direttore S. G. A.  
**Angela CERVO**

Il Dirigente Scolastico  
**Dott. ssa Silvana PEPE**

**DA COMPILARSI A CURA DELLA SEGRETERIA**

Restano da fruire dopo la presente richiesta :

n° gg. \_\_\_\_\_ di ferie a.s. \_\_\_\_\_

n° gg. \_\_\_\_\_ di ferie a.s. \_\_\_\_\_

n° gg. \_\_\_\_\_ di festività sopresse