

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL'ISTITUTO COMPRENSIVO
DI LANDRIANO**

Il/La sottoscritto/a _____ in qualità di DSGA/Ass.te amm.vo/Collab. Scol. a tempo indeterminato/determinato presso l'Istituto Comprensivo di Landriano chiede di poter usufruire delle FESTIVITA' SOPPRESSE relativo all'anno scolastico _____ nei sottoelencati periodi:

dal _____ al _____ gg. _____
dal _____ al _____ gg. _____
dal _____ al _____ gg. _____

Totale giorni richiesti

Landriano,

In fede

VISTO SI AUTORIZZA

VISTO NON SI AUTORIZZA PER IL SEGUENTE MOTIVO: _____

Il Dirigente Scolastico
(Dott.ssa Caterina Boniello)

Il Direttore S.G.A.
(Maria Minetti)