

**DIREZIONE DIDATTICA STATALE POGLIANO MILANESE
VIA GARIBALDI,21-20010 POGLIANO MILANESE
TEL.029340438- TEL.FAX. 029341754**

 I sottoscritt _____ in qualità di _____
a tempo determinato presso _____

CHIEDE

l'attivazione dell'istituto contrattuale del **PERMESSO NON RETRIBUITO** per motivi personali o familiari ai sensi dell'art. 19 c.7

dal.....al..... totale gg.....

Data _____

Orario di servizio

Firma

Visto:

Il DSGA

Il Dirigente Scolastico