

PERMESSO DIRITTO ALLO STUDIO

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
(provincia____) il _____ in servizio presso questo Istituto Comprensivo in
qualità di _____

con contratto a tempo determinato indeterminato fino al _____, nel plesso

Secondaria I° grado _____/ Primaria _____/ Infanzia "Andrea Ponti"

iscritto/a al corso di _____

presso _____

CHIEDE un PERMESSO STRAORDINARIO RETRIBUITO (max 150 ore)

il giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____

dalle ore _____ alle ore _____

il giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____

dalle ore _____ alle ore _____

totale ore _____

(nell'orario va incluso il tempo necessario per raggiungere la sede di svolgimento della lezione/corso/esame)

γ Per frequentare la lezione/corso di _____

del prof. _____

γ Per sostenere l'esame di _____

γ Per svolgere l'attività di studio _____

Il/la sottoscritto/a dichiara di aver preso visione delle informative ai sensi dell'art.13 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) consultabili alla voce "Privacy del sito della scuola www.icmoro.edu.it

Solbiate Olona, _____

Firma dipendente

il coordinatore di plesso è al corrente

Firma coordinatore

SI AUTORIZZA

Il Dirigente Scolastico Reggente

NON SI AUTORIZZA

Prof.ssa Armida Truppi