

Oggetto: Richiesta ferie docenti.

Il sottoscritto _____, avvalendosi della facoltà di fruizione di un periodo di ferie non superiore a sei giornate lavorative anche durante il periodo di attività didattica, chiede la concessione di n. _____ giorni di ferie dal ___/___/_____ al ___/___/_____ (La concessione di tale periodo di ferie è subordinata alla disponibilità dei colleghi sottoelencati che devono effettuare le sostituzioni nei giorni richiesti senza determinare oneri aggiuntivi per la scuola)

| data | 1° ora | 2° ora | 3° ora | 4° ora | 5° ora | Mensa |
|----------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|-------|
| | classe | classe | classe | classe | classe | |
| LUN ___/___/___ | | | | | | |
| Ins.che effettua la sostituzione | | | | | | |
| Firma | | | | | | |
| MAR ___/___/___ | | | | | | |
| Ins.che effettua la sostituzione | | | | | | |
| Firma | | | | | | |
| MER ___/___/___ | | | | | | |
| Ins.che effettua la sostituzione | | | | | | |
| Firma | | | | | | |
| GIO ___/___/___ | | | | | | |
| Ins.che effettua la sostituzione | | | | | | |
| Firma | | | | | | |
| VEN ___/___/___ | | | | | | |
| Ins.che effettua la sostituzione | | | | | | |
| Firma | | | | | | |
| SAB ___/___/___ | | | | | | |
| Ins.che effettua la sostituzione | | | | | | |
| Firma | | | | | | |

Firma del dipendente

San Gimignano, ___/___/_____

.....

Firme dei docenti per accettazione della sostituzione del collega assente nei giorni e nelle ore sopraindicate senza oneri per la scuola e al di fuori del normale orario di servizio.