AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL'ISTITUTO COMPRENSIVO
DI NOVELLARA

_ l _ sottoscritt _ ____

nat _ a ______________________________ il ________________________________

in servizio presso l'Istituto Comprensivo di Novellara in qualità di

__________________________________ a tempo _____________________________

PRESENTA

il certificato medico rilasciato dalla Commissione Medica dell' A.S.L. di _________________________ ai sensi dell'art.4 della Legge 104/92 del 05/02/1992, e pertanto **chiede** di poter fruire di 3 giorni di permesso retribuito mensile quando se ne presenta la necessità.

- _ l _ sottoscritto si impegna a comunicare eventuali variazioni qualora dovessero verificarsi.

Novellara, ________________

____
(firma)

°°

ISTITUTO COMPRENSIVO DI NOVELLARA

VISTO:

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
(Prof. Demetrio D'Agostino)
____