Al Dirigente Scolastico IC Bova Marina Condofuri

rcic85200d@pec.istruzione.it-rcic85200d@istruzione.it

Al Referente di plesso ………………………….

AL DSGA …………………….

**OGGETTO: RICHIESTA ORE DI PERMESSO BREVE RICADENTI SULLE ATTIVITÀ FUNZIONALI di cui al Piano delle attività deliberate dal CD** (programmazione settimanale o mensile, collegio, ambito, dipartimento, incontri con le famiglie, consigli di classe/interclasse/intersezione –)  **ESCLUSI gli SCRUTINI**

Il/La sottoscritto/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_docente a tempo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in servizio

presso la scuola\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

**UN PERMESSO BREVE RICADENTE SULLA SEGUENTE ATTIVITÀ FUNZIONALE:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

per n. ore \_\_\_\_\_ dalle ore \_\_\_\_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_\_\_nel giorno \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ per le seguenti

esigenze: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A tal fine allega la seguente documentazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ovvero si riserva di presentare la seguente documentazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Il/La sottoscritto/a DICHIARA di optare tra le seguenti scelte ai fini del recupero:**

□ Contemporaneità e supporto alla classe con firma sul registro e resoconto dell’attività svolta

□ Recupero con ore effettuate in più per le uscite didattiche e/o per partecipare a saggi o manifestazioni (da documentare all’atto del recupero)

□ Presenza in incontri di gruppi di lavoro ove non si è regolarmente iscritti (il giorno \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ gruppo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Continuità-Intercultura-NIV)

□ Decurtazione delle ore richieste in osservanza della normativa vigente.

**(le assenze nelle attività funzionali per malattia-visita medica/specialistica non vanno recuperate ma documentate con certificato medico)**

Data……………………… FIRMA

 ……………………………………….

**□ SI AUTORIZZA**

**□ NON SI AUTORIZZA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Il DSGA  | Il Referente di plesso  | Il Dirigente Scolastico |
| ***Dott.ssa Lombardo Daniela***  |  | ***Dott.ssa C. Irene Mafrici***  |