



**ISTITUTO COMPRENSIVO "VALENTINO ORSOLINI CENCELLI"**  
*Scuola dell'infanzia – Scuola Primaria – Scuola Secondaria di 1° Grado*  
Via E. Filiberto, 5- 04016 Sabaudia (LT)  
C.M. LTIC84300P- C.F.80006830592 ☎Tel: 0773/517163  
✉Mail: [ltic84300p@istruzione.it](mailto:ltic84300p@istruzione.it) Pec: [ltic84300p@pec.istruzione.it](mailto:ltic84300p@pec.istruzione.it)  
SITO WEB: [www.icorsolinicencelli.edu.it](http://www.icorsolinicencelli.edu.it)

Al Dirigente Scolastico  
Dell'Istituto Comprensivo "V. O. Cencelli"

**Oggetto: Richiesta Permessi Retribuiti per Diritto allo Studio**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
in servizio presso codesto Istituto in qualità  
di \_\_\_\_\_ con contratto a tempo  
\_\_\_\_\_ di ore \_\_\_\_\_ essendo stato/a  
ammesso/a alla fruizione dei permessi retribuiti per diritto allo studio per un totale di ore \_\_\_\_\_

### CHIEDE

di poter fruire di permessi studio, ai sensi e con le modalità previsti dalla normativa, come segue:

giorno \_\_\_\_\_ dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ per ore \_\_\_\_\_ per\* \_\_\_\_\_

giorno \_\_\_\_\_ dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ per ore \_\_\_\_\_ per\* \_\_\_\_\_

giorno \_\_\_\_\_ dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ per ore \_\_\_\_\_ per\* \_\_\_\_\_

giorno \_\_\_\_\_ dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ per ore \_\_\_\_\_ per\* \_\_\_\_\_

giorno \_\_\_\_\_ dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ per ore \_\_\_\_\_ per\* \_\_\_\_\_

Per un totale di ore \_\_\_\_\_

(\*): esame, lezione, ect..

La sottoscritta allegnerà alla presente richiesta la certificazione relativa alla frequenza dei corsi e agli esami sostenuti subito dopo la fruizione del permesso, ove possibile, e comunque entro il 31 dicembre di ogni anno e prima della conclusione del rapporto di lavoro.

Sabaudia, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Vista la domanda

si concede

non si concede

Il Dirigente Scolastico  
Prof. Marco Scicchitano