

LICEO SCIENTIFICO DI STATO "A. CALINI"

Via Monte Suello, 2 - 25100 BRESCIA

Tel. 030/304924 – 030/390249 - fax 030/396105

Siti web: www.provincia.brescia.it/bscalini E-Mail: bscalini @ provincia.brescia.it

PROF. _____

ANNO SCOLASTICO _____

PERMESSO BREVE

Le seguenti ore di permesso non devono essere superiori alla metà dell'orario giornaliero individuale e comunque non superiori a n. 2 ore per un totale in ogni anno scolastico di n. 18 ore per docente - Art. 22 c. 1 – 2 C.C.N.L. del 4/8/95 – con l'obbligo di recupero entro i 2 mesi successivi a quello della fruizione del permesso, facendo presente che in caso di mancato recupero si effettuerà una trattenuta oraria sullo stipendio pari al tempo permesso goduto e non recuperato – Art. 22 c. 4 C.C.N.L. 04/08/95.

PERMESSI		RECUPERI	
DATA __/__/__	Ore di Servizio (*) ____		
Dalle ore ____ alle ore ____ classe ____		data __/__/__ dalle ore ____ alle ore ____ classe ____	
Dalle ore ____ alle ore ____ classe ____		data __/__/__ dalle ore ____ alle ore ____ classe ____	
Firma del docente _____		Firma del Dirigente Scolastico _____	
Firma del Dirigente Scolastico _____			
Prot. n. Data _____			

Il docente si dichiara disponibile a recuperare il permesso nel/i seguente/i giorno/i della settimana

..... Alla/e seguente/i ora/e

DATA __/__/__	Ore di Servizio (*) ____		
Dalle ore ____ alle ore ____ classe ____		data __/__/__ dalle ore ____ alle ore ____ classe ____	
Dalle ore ____ alle ore ____ classe ____		data __/__/__ dalle ore ____ alle ore ____ classe ____	
Firma del docente _____		Firma del Dirigente Scolastico _____	
Firma del Dirigente Scolastico _____			
Prot. n. Data _____			

Il docente si dichiara disponibile a recuperare il permesso nel/i seguente/i giorno/i della settimana

..... Alla/e seguente/i ora/e

DATA __/__/__ Ore di Servizio (*) ____

Dalle ore ____ alle ore ____ classe _____

Dalle ore ____ alle ore ____ classe _____

Firma del docente _____

Firma del Dirigente Scolastico _____

Prot. n. Data _____

data __/__/__ dalle ore ____ alle ore ____ classe ____

data __/__/__ dalle ore ____ alle ore ____ classe _____

Firma del Dirigente Scolastico _____

Il docente si dichiara disponibile a recuperare il permesso nel/i seguente/i giorno/i della settimana

..... Alla/e seguente/i ora/e

DATA __/__/__ Ore di Servizio (*) ____

Dalle ore ____ alle ore ____ classe _____

Dalle ore ____ alle ore ____ classe _____

Firma del docente _____

Firma del Dirigente Scolastico _____

Prot. n. Data _____

data __/__/__ dalle ore ____ alle ore ____ classe ____

data __/__/__ dalle ore ____ alle ore ____ classe _____

Firma del Dirigente Scolastico _____

Il docente si dichiara disponibile a recuperare il permesso nel/i seguente/i giorno/i della settimana

..... Alla/e seguente/i ora/e

(*) comprese le ore a disposizione, per i colloqui e riunioni collegiali.