

*MINISTERO dell'ISTRUZIONE e del MERITO*

*Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio*

**ISTITUTO COMPRENSIVO "PIAZZA WINCKELMANN"**

*P.zza J. J. Winckelmann, 20 - 00162 ROMA – Cod. RMIC8EC00C Tel. 06/86219146 – Codice Fiscale 97713670582*

*e-mail* *rmic8ec00c@istruzione.it* – PEC *rmic8ec00c@pec.istruzione.it* *–* Codice Univoco Ufficio **UF9CBP**

**Al Dirigente Scolastico dell’I.C. *“Piazza Winckelmann”* - Roma**

\_l\_ sottoscritt

in servizio presso questo istituto in qualità di

# C H I E D E

di fruire n. giorni di **FERIE** dal al durante lo svolgersi dell’a. s., ai sensi degli art.13 COMMA 9 del C.C.N.L.

(per i docenti massimo 6 giorni per anno scolastico durante le attività didattiche)

A tal fine dichiara che sarà sostituita senza onere per l’Amministrazione dai colleghi sottoscritti per la copertura dell’orario d’obbligo.

Data ………………………………………………

Firma del docente richiedente

Firme dei docenti che operano la sostituzione:

**Spazio riservato alla Segreteria**

VISTA la richiesta;

VISTA la compatibilità delle esigenze di servizio;

# Data

**SI CONCEDE.**

# Il Dirigente Scolastico (Prof.ssa Enrica Grigoli)