



Al Dirigente Scolastico – Al D.S.G.A  
 dell' I.C. Gonin

**PERMESSI BREVI PERSONALE DOCENTI (ART. 16 C.C.N.L.)**

Il/La Sottoscritto/a

In servizio presso codesta Istituzione scolastica in qualità di:

**Docente a tempo indeterminato**

**Docente a tempo determinato**

nel plesso di:  ai sensi dell'art. 16 del CCNL, stipulato in data 24.07.2003.

**CHIEDE**

La concessione di un permesso breve per l'a.s.  della durata di n.  ore e n.  minuti nel giorno  e precisamente dalle ore  alle ore  per le seguenti motivazioni

*(compatibilmente con le esigenze di servizio,..omissis.. possono essere concessi, per particolari esigenze personali e a domanda, brevi permessi di durata non superiore alla metà dell'orario giornaliero individuale di servizio, e comunque, per il personale docente fino ad un massimo di 2 ore. Per il personale docente i permessi brevi si riferiscono ad unità orarie. I permessi complessivamente concessi non possono eccedere nel corso dell'anno scolastico il limite corrispondente al rispettivo orario settimanale di servizio)*

**PROSPETTO DEL SERVIZIO GIORNALIERO PERSONALE DOCENTE**

1 <sup>a</sup> ora	2 <sup>a</sup> ora	3 <sup>a</sup> ora	4 <sup>a</sup> ora	5 <sup>a</sup> ora	6 <sup>a</sup> ora	7 <sup>a</sup> ora	8 <sup>a</sup> ora	9 <sup>a</sup> ora
Classe								
<input type="text"/>								

*Entro i 2 mesi successivi a quello della fruizione del permesso, il dipendente è tenuto a recuperare le ore non lavorate in una o più soluzioni in relazione alle esigenze di servizio, dando possibilmente priorità, per il personale docente, alle supplenze o allo svolgimento di interventi didattici integrativi con precedenza nella classe ove avrebbe dovuto prestare servizio il docente in permesso. Nei casi in cui, per motivi imputabili al dipendente, non sia possibile il recupero, l'amministrazione provvede a trattenere una somma pari alla retribuzione spettante al dipendente per il numero di ore non recuperate.*

Il/la sottoscritto/a dichiara che durante la propria assenza la classe sarà affidata a:  e si impegna ad effettuare il recupero della/e suddetta/e ora/e, entro il mese successivo, nella seguente forma:

**Supplenza**

**Altra forma** (specificare)



**ISTITUTO COMPRESIVO "FRANCESCO GONIN"**  
Via Don Pogolotto, 45-10094 Giaveno (TO) - Telefono 011-9376250  
PEO: TOIC87000N@pec.istruzione.it PEC: TOIC87000N@istruzione.it  
C.M. TOIC87000N C.F. 95579630013  
www.icgonin.edu.it



Con osservanza

Data  Firma

(Firma autografa omessa ai sensi dell'art 3, c.2, D.lgs 39/93)

VISTO,  CONCEDE

VISTO,  CONCEDE

Direttore .G.S.A.  
Dott.ssa Tiziana Vele

Il Dirigente Scolastico  
Dott.ssa Sandra Teagno

Annotazioni del Dirigente Scolastico o del D.S.G.A.

Compilare, salvare ed inviare a [TOIC87000N@istruzione.it](mailto:TOIC87000N@istruzione.it)