Al Dirigente Scolastico
Dell' Istituto Comprensivo
Empoli Ovest

OGGETTO: RICHIESTA PAGAMENTO FERIE NON GODUTE A.S. 20__/20__

Il/la Sottoscritto/a Sig. _____

Nato/a a _____

il _____ c.f.: _____

numero di iscrizione partita (in alto a sinistra del cedolino di stipendio sotto domicilio fiscale): _____
In servizio presso codesto istituto con contratto a tempo determinato

- ☐ fino al termine delle attività didattiche
- ☐ fino al termine delle lezioni
- ☐ supplente breve e saltuario

con inizio dal _____ e fine _____ per n. ore _____ settimanali

con inizio dal _____ e fine _____ per n. ore _____ settimanali

con inizio dal _____ e fine _____ per n. ore _____ settimanali

Chiede

ai sensi dell'art.19 comma 2 del CCNL 29/11/2007, il pagamento sostitutivo delle ferie maturate e non godute.

Il/La sottoscritta, ai sensi del D.P.R. N. 445/2000, dichiara sotto la sua responsabilità, ai fini del conteggio del numero di giorni di ferie, che ha una anzianità di servizio **superiore/inferiore*** ad anni 3.
Comunica, altresì, che l'iban del proprio c/c è quello già comunicato alla segreteria dell'istituto.

Eventuale iban nuovo: _____

Banca: _____

con sede a _____

.

Empoli,

FIRMA

***** Tagliare la voce che non ricorre