

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL'ISTITUTO SUPERIORE STATALE
" FERMI – DA VINCI"
50053 – Empoli (Fi)

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