



ISTITUTO COMPRENSIVO N.20 

C.F. 91360610371 – C.M. BOIC87900B – Codice Univoco di Fatturazione UF5LHM

Al Dirigente Scolastico del I.I.C. 20 di Bologna

OGGETTO: RICHIESTA PERMESSO RETRIBUITO PER SOMMINISTRAZIONE VACCINO COVID 19

Il/la sottoscritt_

in servizio presso questa scuola per l'anno scolastico ____/____/____ in qualità di

CHIEDE

di poter usufruire di n. 1 giorno di permesso retribuito per la data del _____

indicata con la seguente motivazione

- SOMMINISTRAZIONE VACCINO CONTRO IL COVID19

Seguirà la consegna del giustificativo della struttura erogante la prestazione sanitaria.

Bologna, ____/____/____

FIRMA

IL DIRIGENTE SCOLASTICO Vista la richiesta dell'interessat ____ del ____/____/____

CONCEDE n. 1 gg. di permesso retribuito.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Prof. Agostino Tripaldi

Firma _____