

AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
dell' I.I.S. A. DE SIMONI

SONDRIO

**OGGETTO: Domanda liquidazione ferie.**

La/il sottoscritto/a .....

**assistente amm.vo** a tempo determinato in servizio nell' anno scolastico 20.... /20.... presso

questo Istituto dal ..... al .....

e presso:

SCUOLA E SEDE DI SERVIZIO	DURATA DEL CONTRATTO		ORE SETTIMANALI
	DAL	AL	

**C H I E D E**

il pagamento delle ferie maturate e non godute durante i sopraindicati periodi.

A tal fine dichiara di trovarsi al ..... anno di servizio continuativo.

Data .....

Firma .....

AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
dell' I.I.S. A. DE SIMONI

SONDRIO

**OGGETTO: Domanda liquidazione ferie.**

La/il sottoscritto/a .....

**collaboratore scolastico** a tempo determinato in servizio nell' anno scolastico 20..... /20.....

presso questo Istituto dal ..... al .....

e presso:

SCUOLA E SEDE DI SERVIZIO	DURATA DEL CONTRATTO		ORE SETTIMANALI
	DAL	AL	

**C H I E D E**

il pagamento delle ferie maturate e non godute durante i sopraindicati periodi.

A tal fine dichiara di trovarsi al ..... anno di servizio continuativo.

Data .....

Firma .....