



**ISTITUTO COMPRENSIVO DI SCUOLA PRIMARIA E SECONDARIA DI PRIMO GRADO "RIVA 1"**

38066 Riva del Garda - Viale D. Chiesa, 12 - Tel. 0464/553088 - C.F. 93013000224  
[www.rival1.it](http://www.rival1.it) - e-mail: [segr.rival1@scuole.provincia.tn.it](mailto:segr.rival1@scuole.provincia.tn.it)

Il/la sottoscritto/a..... insegnante in servizio per il corrente anno scolastico presso la scuola ....., chiede di poter usufruire di un

- PERMESSO BREVE** – Massimo 2 ore giornaliere da recuperare su indicazione della segreteria o del referente di plesso, entro i due mesi successivi all’evento
- VISITA MEDICA** – Non si recupera e si allega certificato medico

Il giorno .....  
dalle ore .....alle ore .....

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver impiegato \_\_\_\_\_ per tempo viaggio

Riva del Garda, .....

Firma dell’insegnante

.....

----- riservato alla segreteria -----

VISTO!

Si autorizza l’insegnante .....a fruire del permesso richiesto

Il Referente di Plesso

\_\_\_\_\_

Il Dirigente Scolastico

Dott.ssa Paola Bortolotti