



*I.I.S. Alessandrini*

**SINCERT**



I.T.I.S.- L.S.T.  
Via Einaudi, 3  
tel. 029466306  
fax 0294967188

I.P.S.  
Via Vivaldi, 8  
tel. 0294960197  
fax 0294963247

20081 ABBIATEGRASSO (MI)

**RICHIESTA DI PERMESSO  
COLLEGIO DOCENTI / CONSIGLIO DI CLASSE**

PROT. \_\_\_\_\_ / \_FP\_

ABBIATEGRASSO, LI \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

*Il/ La sottoscritto/a* \_\_\_\_\_

*In servizio presso quest'Istituto in qualità di docente*

a tempo  indeterminato  determinato

**Chiede di assentarsi:**

**COLLEGIO DOCENTI**

**CONSIGLIO DI CLASSE**

**ALTRO** \_\_\_\_\_

**PER IL SEGUENTE MOTIVO:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
VISTO DEL DIRIGENTE SCOLASTICO

\_\_\_\_\_  
FIRMA DOCENTE