



PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

Struttura 3095 ISTITUTO COMPRENSIVO CAVALESE

Dislocazione

*Al Servizio
per il Personale
S E D E*

Data, _____

OGGETTO: RICHIESTA TRASFORMAZIONE FERIE ANNO IN CORSO IN ORE DI RECUPERO

Il sottoscritto _____ matr.

n. giorni di ferie in ore di recupero

IL RICHIEDENTE

per presa visione IL DIRIGENTE
