



**ISTITUTO COMPRESIVO DI SCUOLA DELL'INFANZIA-PRIMARIA-SECONDARIA DI 1° GRADO
"UGO FOSCOLO" VENEZIA-MURANO**

Fond.ta Radi, 9/A - 30141 Murano (VE) Tel. 041 739107 – 041 736996
C.F. 80013150273 - cod mecc. VEIC81400N - e-mail VEIC81400N@istruzione.it

Circ. 13

Venezia-Murano, 25/09/2018

A TUTTO IL PERSONALE DOCENTE E ATA

Oggetto: Gestione richieste assenze e permessi a.s. 2018/19.-

Si informa tutto il personale della scuola che come per l'anno scolastico scorso tutte le richieste di assenza, ferie, permessi ecc... devono essere richiesti tramite Argo SCUOLANEXT.

Dato che la funzione dell'autorizzazione dei referenti di plesso tramite scuolanext non è risultata funzionale, le richieste di ferie o permessi dovranno essere fatti anche in cartaceo, come da modello allegato, per permettere la firma di autorizzazione delle referenti di plesso.

Le richieste in cartaceo dovranno essere consegnate in segreteria al fine di essere visionati ed autorizzati dal Dirigente Scolastico, o suo delegato, tramite Scuolanext.

Si auspica una consueta collaborazione da parte di tutti in modo da rendere chiara ed agevole la gestione delle assenze/sostituzioni.

Il 1° collaboratore del Dirigente Scolastico
Alice Maria Vittoria Marchese



**ISTITUTO COMPRESIVO DI SCUOLA DELL'INFANZIA-PRIMARIA-SECONDARIA DI 1° GRADO
"UGO FOSCOLO" VENEZIA-MURANO**

Fond.ta Radi, 9/A - 30141 Murano (VE) Tel. 041 739107 – 041 736996
C.F. 80013150273 - cod mecc. VEIC81400N - e-mail VEIC81400N@istruzione.it

Oggetto: Richiesta assenza/permesso

Io sottoscritto/a..... docente di..... a T.I. o T.D. in servizio nel plesso per l'a.s.

CHIEDE

Di usufruire di n. giorni Ovvero n. ore il .../.../.... di assenza/permesso per:

- visita medico/specialistica;
- permesso breve
- permesso giornaliero per motivi familiari (si allega dichiarazione sostitutiva)
- ferie
- altro:

Il sottoscritto dichiara di aver inviato la richiesta in segreteria tramite Argo Scuola Next.

Data,

Il docente

.....

VISTO:

Il/la referente di plesso

.....

SI AUTORIZZA:

Il collaboratore del D.S.

.....



**ISTITUTO COMPRESIVO DI SCUOLA DELL'INFANZIA-PRIMARIA-SECONDARIA DI 1° GRADO
"UGO FOSCOLO" VENEZIA-MURANO**

Fond.ta Radi, 9/A - 30141 Murano (VE) Tel. 041 739107 – 041 736996
C.F. 80013150273 - cod mecc. VEIC81400N - e-mail VEIC81400N@istruzione.it

Oggetto: Richiesta assenza/permesso

Io sottoscritto/a..... docente di..... a T.I. o T.D. in servizio nel plesso per l'a.s.

CHIEDE

Di usufruire di n. giorni Ovvero n. ore il .../.../.... di assenza/permesso per:

- visita medico/specialistica;
- permesso breve
- permesso giornaliero per motivi familiari (si allega dichiarazione sostitutiva)
- ferie
- altro:

Il sottoscritto dichiara di aver inviato la richiesta in segreteria tramite Argo Scuola Next.

Data,

Il docente

.....

VISTO:

Il/la referente di plesso

.....

SI AUTORIZZA:

Il collaboratore del D.S.

.....