

Il/La sottoscritto/a _____

Cognome e Nome

Qualifica

a tempo determinato/indeterminato in servizio presso questo istituto nel corrente a.s. _____

comunica :

- Assenza per malattia dal _____ al _____
- Assenza per Visita Specialistica dal _____ al _____

chiede di poter usufruire

di complessivi giorni _____ orario di servizio _____ classe/sez _____ per:

- Ferie dal _____ al _____
- Ferie anno precedente dal _____ al _____
- Recupero festività soppresse dal _____ al _____
- Permesso retribuito per : dal _____ al _____

- Partecipazione Concorso/Esame
- Partecipazione Convegni/Congressi
- Lutto familiare
- Obblighi Legali/Civili
- Motivo personale/familiare(art. 49/c)
- Matrimonio
- Donazione sangue
- Accompagnatore portatori Handicap
- Portatore Handicap
- Riposo comp. ore straordinario
- Permesso Sindacale
- Permesso diritto allo studio (150 ore)

- Permesso **NON** retribuito per : dal _____ al _____
- Congedo gravi compl. della gestazione dal _____ al _____
- Congedo obbligatorio per gestazione /puerperio dal _____ al _____
- Congedo par. malattia bambino 1-8 anni dal _____ al _____
(data di nascita del bambino _____)
- Congedo parentale bambino 1-12 anni dal _____ al _____
(data di nascita del bambino _____)
- Aspettativa per motivi di famiglia/studio dal _____ al _____
- _____ dal _____ al _____

IL RICHIEDENTE

Fiumicino, _____

N.B. : si allegano i seguenti documenti giustificativi _____

VISTO
D.S.G.A.

VISTO
Il Dirigente Scolastico