

Il/La sottoscritto/a _____,
in servizio presso questo Istituto in qualità di _____

CHIEDE

Che gli/le venga concesso un periodo di:

Assenza per malattia
 Assenza per malattia per visita specialistica che non può essere effettuata al di fuori dell'orario di servizio

Permesso retribuito art. 15 CCNL per:

Comma 1: concorsi (gg. 8 all'anno);

lutto (gg. 3 ad evento);

Comma 2: motivi pers/fam. (gg. 3 all'anno);

ferie durante att.tà did (gg. 6 all'anno);

Comma 3: matrimonio (gg. 15 consecutivi);

Comma 7: Altro (specificare): _____

Astensione obbligatoria
(Legge 8 marzo 2000, n° 53)

Recupero lavoro straordinario già effettuato

Ferie A.S. _____

Festività soppresse (Legge 937/77)

Aspettativa per: **Famiglia**
 Studio

Congedo parentale (Legge n. 104/92 - D.Lvo26 n.151/2001)

dal _____ al _____ gg. _____

dal _____ al _____ gg. _____

per motivi di _____

Allega: _____

Recapito: _____ Tel. _____ / _____

Iglesias, _____

Firma

Visto **SI** - **NON** si autorizza

Il Dirigente Scolastico
Prof. Massimo Mocci