

Il/la sottoscritto/a _____,
(cognome) (nome)

in servizio presso codesto Istituto in qualità di _____

nel corrente A.S. _____/_____, con contratto a tempo Determinato / Indeterminato

CHIEDE

alla S.V. di poter usufruire dal _____ al _____ di complessivi giorni _____ per

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ ferie (ai sensi dell'art. 15 del C.C.N.L. 2002/2005) | ☐ a.s. precedente | ☐ a.s. corrente |
| ☐ festività sopprese (previste dalla Legge 23 dicembre 1977, n° 937) | | |
| ☐ recupero | | |
| ☐ permesso retribuito (ai sensi dell'art. 15 del C.C.N.L. 2002/2005) | | |
| ☐ concorsi | ☐ esami | ☐ motivi personali/familiari |
| ☐ matrimonio | ☐ studio 150 ore | ☐ lutto |
| ☐ malattia (ai sensi dell'art. 17 del C.C.N.L. 2002/2005) | ☐ visita specialistica | ☐ ricovero ospedaliero |
| | ☐ post ricovero | ☐ analisi cliniche |
| | ☐ day hospital | |
| ☐ maternità | ☐ interd. compl. gestazionale | ☐ astensione obbligatoria |
| | | ☐ astensione facoltativa |
| ☐ aspettativa per motivi di famiglia (ai sensi dell'art. 18 del C.C.N.L. 2006/2009) | | |
| ☐ studio | ☐ personali | ☐ lavoro |
| ☐ legge 104/92 | giorni già goduti nel mese | 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ |
| ☐ infortunio sul lavoro e malattia dovuta a causa di servizio (ai sensi dell'art. 18 del C.C.N.L. 2006/2009) | | |
| ☐ permesso breve per il giorno _____ | dalle ore _____ alle ore _____ | totale di ore _____ |
| ☐ altro caso previsto dalla normativa vigente: | _____ | |

Durante il periodo di assenza il sottoscritto sarà domiciliato in _____

Via _____ n° _____ tel./cell. _____

- SI ALLEGA _____

POSITANO li, _____

La responsabile di plesso

_____ firma del dipendente

VISTO la domanda:

- ☐ SI CONCEDE
☐ NON SI CONCEDE

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
(Prof.ssa Stefania ASTARITA)