

Il sottoscritto _____, _____
(Cognome e Nome) (qualifica)

in servizio presso codesto Istituto nel corrente A.S. con contratto a tempo : indeterminato
 determinato

CHIEDE

alla S.V. di poter usufruire per il periodo:

dal _____ al _____ di complessivi n. _____ giorni di:

<p>FERIE</p> <p>dal _____ al _____</p> <p>dal _____ al _____</p> <p>dal _____ al _____</p>		<p><input type="checkbox"/> relative al corrente A.S. _____</p> <p><input type="checkbox"/> maturate e non godute nel precedente A.S. _____</p>
<p><input type="checkbox"/> festività soppresse previste dalla legge 23/12/1977, n° 937</p> <p>dal _____ al _____ dal _____ al _____</p> <p>dal _____ al _____ dal _____ al _____</p>		
<p><input type="checkbox"/> recupero dal _____ al _____</p>		
<p><input type="checkbox"/> permesso retribuito per *</p> <p><input type="checkbox"/> permesso non retribuito*</p>	<p><input type="checkbox"/> partecipazione a concorso/esame</p> <p><input type="checkbox"/> lutto familiare</p> <p><input type="checkbox"/> motivi familiari/personali (motivazione da consegnare in busta chiusa)</p> <p><input type="checkbox"/> matrimonio</p>	
<p><input type="checkbox"/> maternità</p>	<p><input type="checkbox"/> interdizione per gravi complicanze della gestazione (**)</p> <p><input type="checkbox"/> astensione obbligatoria (**)</p>	
<p><input type="checkbox"/> malattia (**)</p>	<p><input type="checkbox"/> visita specialistica</p> <p><input type="checkbox"/> ricovero ospedaliero</p> <p><input type="checkbox"/> day hospital</p>	
<p><input type="checkbox"/> aspettativa per motivi di:</p>	<p><input type="checkbox"/> famiglia - <input type="checkbox"/> personali - <input type="checkbox"/> studio - <input type="checkbox"/> lavoro</p>	
<p><input type="checkbox"/> infortunio (**)</p>		
<p><input type="checkbox"/> altro caso previsto dalla normativa vigente (*)</p>		

PERMESSO BREVE

<p>Per il giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____ Tot. ore _____</p> <p><input type="checkbox"/> RECUPERATE <input type="checkbox"/> DA RECUPERARE</p> <p>Motivazione: _____</p> <p>Classe coperta da: _____</p>

➤ Il sottoscritto dichiara che nel predetto periodo sarà reperibile al seguente indirizzo:

_____ (località, via o piazza, n° civico e n° di telefono)

_____, _____ (data)

_____ (firma del dipendente)

(*) allegare documentazione giustificativa

(**) allegare certificazione medica

RISERVATO ALLA SEGRETERIA

La presente è pervenuta in data _____ Prot. n. _____ /FP

NOTE DEL DIRIGENTE SCOLASTICO

VISTO:

- si concede
 non si concede

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
(Dott.ssa Aurora Annamaria Gnech)