

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

in servizio presso codesto Istituto nel corrente A.S., plesso _____ con contratto a tempo _____
(determinato/indeterminato)

CHIEDE

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

dal _____ al _____ di complessivi n° _____ giorni / ore di:

<input type="checkbox"/> permesso retribuito / non retribuito per *	<input type="checkbox"/> partecipazione a concorso/esame <input type="checkbox"/> lutto familiare <input type="checkbox"/> motivi familiari/personali <input type="checkbox"/> matrimonio <input type="checkbox"/> partecipazione a corso di formazione/aggiornamento <input type="checkbox"/> testimoniare in processo civile/penale
<input type="checkbox"/> maternità	<input type="checkbox"/> interdizione per gravi complicanze della gestazione (**) <input type="checkbox"/> astensione obbligatoria pre-parto(**) <input type="checkbox"/> astensione obbligatoria puerperio post-parto(**) <input type="checkbox"/> congedo parentale bambino: <input type="checkbox"/> 0-3anni - <input type="checkbox"/> 3-8 anni <input type="checkbox"/> congedo malattia figlio: <input type="checkbox"/> 0-3anni - <input type="checkbox"/> 3-8 anni
<input type="checkbox"/> malattia (**)	<input type="checkbox"/> malattia <input type="checkbox"/> visita specialistica <input type="checkbox"/> analisi cliniche - <input type="checkbox"/> ricovero ospedaliero
<input type="checkbox"/> aspettativa per motivi di:	<input type="checkbox"/> famiglia - <input type="checkbox"/> personali - <input type="checkbox"/> studio - <input type="checkbox"/> lavoro
<input type="checkbox"/> legge 104	<input type="checkbox"/> perché portatore di handicap grave <input type="checkbox"/> per assistere il proprio familiare portatore di handicap grave
<input type="checkbox"/> ferie	_____
<input type="checkbox"/> altro caso previsto dalla normativa vigente (*)	_____

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

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

Sala Consilina, _____

_____ (firma del dipendente)

Visto: si concede

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

(*) allegare documentazione giustificativa

non si concede

(**) allegare certificazione medica