

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

Si esprime parere Favorevole
 Non Favorevole

Il Direttore S.G.A.
Rag. Lucia Napolitano

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

Il Dirigente Scolastico
Prof. Massimo Mocci