

Oggetto: Domanda di assenza.

Il / La sottoscritto / a _____
cognome e nome _____ qualifica _____

in servizio a tempo indeterminato/determinato presso questo Istituto, chiede alla S.V. di poter usufruire:

dal _____ al _____ di complessivi giorni _____ per:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ferie (artt. 13 e 19) | <input type="checkbox"/> relative al corrente A.S. _____ |
| | <input type="checkbox"/> maturate e non godute nell' A.S. _____ |
| <input type="checkbox"/> festività soppresse (artt. 14 e 19) | |
| <input type="checkbox"/> permesso retribuito/non retribuito per (*) | <input type="checkbox"/> motivi personali / familiari (artt. 15 e 19) |
| | <input type="checkbox"/> lutto familiare (artt. 15 e 19) |
| | <input type="checkbox"/> partecipazione a concorso / esame (artt. 15 e 19) |
| | <input type="checkbox"/> matrimonio (artt. 15 e 19) |
| <input type="checkbox"/> assenza per malattia (artt. 17 e 19) (**) | _____ |
| <input type="checkbox"/> aspettativa per motivi di famiglia / studio/lavoro/personali (artt. 18 e 19) (senza assegni) | |
| <input type="checkbox"/> altro caso previsto dalla normativa vigente (*) | <input type="checkbox"/> L. 104/92 |
| | <input type="checkbox"/> donazione sangue |
| | <input type="checkbox"/> altro _____ |
| <input type="checkbox"/> congedo per maternità D.Lgs n. 151/2001 (*) (**) | _____ |
| <input type="checkbox"/> congedo parentale (*) | _____ |
| <input type="checkbox"/> congedo per malattia figlio (da 1 a 3 anni di vita) (**) | _____ |
| <input type="checkbox"/> congedo per malattia figlio (da tre a otto anni di vita) (**) | _____ |
| <input type="checkbox"/> recupero compensativo per lavoro straordinario (indicare le ore) | _____ |

Con osservanza

Trani , _____

firma del dipendente

(*) allegare documentazione giustificativa

(**) allegare certificazione medica

Visto: **si autorizza**

Il Dirigente Scolastico
Dott. Marco GALIANO