

PROT.N. _____ FP DEL _____

Il/la sottoscritto/a _____
in servizio presso codesto I.C. con contratto a tempo indeterminato in qualità di:

- DSGA
 Assistente Amministrativo
 Collaboratore Scolastico
 Docente
 Docente IRC (dal 5° anno di servizio)

CHIEDE**Di assentarsi per:**

<input type="checkbox"/>	Ferie a.s. _____ / _____ residue/di competenza	dal _____ al _____ gg _____
	Ferie a.s. _____ / _____ residue/di competenza	dal _____ al _____ gg _____
	Ferie a.s. _____ / _____ residue/di competenza	dal _____ al _____ gg _____
	Ferie a.s. _____ / _____ residue/di competenza	dal _____ al _____ gg _____
	Ferie a.s. _____ / _____ residue/di competenza	dal _____ al _____ gg _____
<input type="checkbox"/>	Festività Soppresse	dal _____ al _____ gg _____ dal _____ al _____ gg _____ dal _____ al _____ gg _____ dal _____ al _____ gg _____
<input type="checkbox"/>	Santo Patrono	il _____ g_1
<input type="checkbox"/>	Permesso retribuito	dal _____ al _____ gg _____
	<input type="radio"/> concorsi	dal _____ al _____ gg _____
	<input type="radio"/> esami	dal _____ al _____ gg _____
	<input type="radio"/> permesso retribuito per diritto allo studio (150 ore)	dal _____ al _____ gg _____
	<input type="radio"/> permesso per donazione sangue	Motivazione dei motivi personali/familiari
	<input type="radio"/> motivi personali/familiari	_____
	<input type="radio"/> lutto	_____
	<input type="radio"/> permesso per matrimonio	_____
	<input type="radio"/> permesso L.104/92	_____
	<input type="radio"/> altro _____	_____
<input type="checkbox"/>	Malattia si allega:	dal _____ al _____ gg _____
	<input type="radio"/> certificato medico	in caso di assenze prolungate e continuative
	<input type="radio"/> certificazione ricovero ospedaliero	- le eventuali riduzioni saranno conteggiate
	<input type="radio"/> altro _____	al rientro in servizio.
	Assenza per grave patologia	dal _____ al _____ gg _____
<input type="checkbox"/>	Altro caso previsto dalla normativa vigente:	dal _____ al _____ gg _____

Durante il periodo di assenza il sottoscritto sarà domiciliato in

Via _____ n° _____ città _____

recapito tel. _____

SI ALLEGA _____

_____ li, _____ Con Osservanza _____

Vista la domanda, si concede non si concedeIL DIRIGENTE SCOLASTICO REGGENTE
Dott.ssa Roberta Teresa SUBRIZI