Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo
FRANCOLISE

Il/la sottoscritto/a_____

in servizio presso codesto Istituto in qualità di_____

con contratto a tempo _____
(indeterminato/determinato)

C H I E D E

alla S.V. di assentarsi per gg._____ dal _____ al _____ per:

☐ ferie *(ai sensi dell'art. 13 del C.C.N.L. 2006/2009)* ☐ a.s. precedente - ☐ a.s. corrente

☐ festività soppresse *(previste dalla legge 23/12/1977, n° 937)*

☐ recupero

☐ malattia *(ai sensi dell'art. 17 del C.C.N.L. 2006/2009)* ***(**)***
☐ visita specialistica - ☐ ricovero ospedaliero - ☐ analisi cliniche

☐ permesso retribuito *(ai sensi dell'art. 15 del C.C.N.L. 2006/2009)*
☐ concorsi/esami ***(*)*** - ☐ motivi personali/familiari ***(*)*** - ☐ lutto - ☐ matrimonio

☐ aspettativa per motivi di: *(ai sensi dell'art. 18 del C.C.N.L. 2006/2009)*
☐ famiglia - ☐ lavoro - ☐ personali - ☐ studio

☐ maternità:
☐ interdizione dal lavoro ***(**)*** - ☐ astensione obbligatoria ***(**)***
☐ astens. facolt. (art. 7 co.1 L. 1204/71 ***(*)*** - ☐ astens. fac. (art.7 co. 2 L. 1204/71) ***(**)***

☐ legge 104/92 - giorni già goduti nel mese: ☐ 1 - ☐ 2 - ☐ 3

☐ infortunio sul lavoro e malattia dovuta a causa di servizio *(ai sensi dell'art. 20 del C.C.N.L. 2006/09)*

☐ altro caso previsto dalla normativa vigente ***(*):*** _____

☐ permesso breve: per il giorno _____dalle ore _____ alle ore _____ per un totale di ore _____

Durante il periodo di assenza, il sottoscritto sarà domiciliato in _____
Via _____n°_____ tel. _____

(*) **Motivaz./Allegare dichiaraz. sostitiva**:_____
(**) **Allegare certificazione medica**

Francolise,_____ Con Osservanza

_____

^^^