

Il/La sottoscritto /a _____ nato/a _____

il _____ residente a _____ via _____

domicilio (se diverso dalla residenza _____)

in servizio presso codesto Istituto Comprensivo, plesso _____ in qualità di

_____, con incarico a tempo _____

qualifica

determinato-indeterminato

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

dal ___/___/20___ al ___/___/20___

di complessivi N° ___ giorni

dal ___/___/20___ al ___/___/20___

- FERIE** art.13 T.I. – art..19 T.D del CCNL 29/11/07;
 - relative al corrente anno scolastico
 - maturate e non godute nel precedente anno scolastico
- FESTIVITA'** sopresse previste art.14 CCNL 29/11/07 - L.937/1977;
- MALATTIA** (**)
 visita specialistica(***) ricovero ospedaliero analisi cliniche(***)
- Altri sensi** dell'art. 33 dell'art. 21
- MATERNITA'** (**)
 Interdizione per compl. astensione obbligatoria pre-parto/perpuerio malattia del bambino/a
 astensione facoltativa L.30/12/71 n. 1204
- PERMESSI RETRIBUITI** motivi personali / familiari - art.15 CCNL 29/11/07 T.I. (*)
 motivi personali / familiari - partecipazione a concorsi od esami - lutto - matrimonio
- PERMESSI NON RETRIBUITI** art.15 e 19 del CCNL 29/11/07 T.D. (*)
 motivi personali / familiari - partecipazione a concorsi od esami
- Altro caso previsto dalla normativa vigente (*) _____

(*) allegare documentazione giustificativa; (**) allegare certificazione medica

luogo e data

firma

(*) allegare documentazione giustificativa

(**) allegare certificazione medica

(***) allegare dichiarazione riguardo l'impossibilità di effettuare la prestazione ,in orario diverso da quello di servizio.

documentazione giustificativa allegata _____

certificazione medica allegata _____

D
B
R

S **N**

VISTO SI AUTORIZZA: Il Dirigente Scolastico
(Maura Ghezzi)