

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL'ISTITUTO COMPRENSIVO
DI CAPPELLA MAGGIORE

1 sottoscritt _____

qualifica _____ a tempo indeterminato/determinato in servizio

presso questo Istituto nel corrente anno scolastico 20__/20__, chiede alla S.V. di poter usufruire

dal _____ al _____

di complessivi giorni _____ di:

Malattia (*) (§)

◇ *Visita medica e/o esami clinici che non possono essere effettuati fuori dell'orario di servizio o fruendo di permesso orario.*

Permesso retribuito/non retribuito per (**)
(artt. 15 e 19 C.C.N.L. 29/11/2007)

1) partecipazione concorso/esame

2) lutto familiare

3) Legge 104/92

4) motivi personali/familiari

5) matrimonio

Aspettativa per motivi di famiglia/lavoro/ personali e studio - Art. 18 C.C.N.L.29/11/07 (**)

Altro caso previsto dalla normativa vigente (**)

(§) *Dichiara che durante il periodo di assenza è reperibile:*

*città _____ cap. _____ via _____ n. _____
A.S.L. n. ____ di _____*

*Dichiara, inoltre, di non essere reperibile dalle ore _____ alle ore _____ del
giorno _____ per _____*

Con osservanza.

_____ data

_____ firma del dipendente

(*) allegare certificazione medica

(**) allegare documentazione giustificativa

VISTO: IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Dott. Elvio Poloni