

Oggetto: Richiesta assenza

Il/La sottoscritto/a _____ qualifica _____

nato/a _____ prov. _____ il _____ in servizio presso codesto Istituto
plesso _____ **infanzia - primaria - secondaria di I grado - ATA** nel corrente A. S. con
contratto a tempo **determinato / indeterminato** - Turno Orario _____

CHIEDE

di poter usufruire per il periodo dal _____ al _____ di complessivi giorni _____

<input type="checkbox"/> ferie	<input type="checkbox"/> relative al corrente A. S. _____ <input type="checkbox"/> maturate e non godute nel precedente A. S. _____
--------------------------------	--

festività soppresse previste dalla legge 23/12/1977, n° 937

<input type="checkbox"/> permesso retribuito per	<input type="checkbox"/> partecipazione a concorso/esami/formaz.aggiorn.to <input type="checkbox"/> diritto allo studio per n. ore _____ <input type="checkbox"/> lutto familiare <input type="checkbox"/> motivi personali/familiari (solo per ATA indicare) dalle ore _____ alle ore _____ <input type="checkbox"/> matrimonio <input type="checkbox"/> legge 104/92 per (nome _____) (solo per ATA indicare) dalle ore _____ alle ore _____ <input type="checkbox"/> donazione AVIS <input type="checkbox"/> altro _____
--	--

<input type="checkbox"/> Riposo compensativo si dichiara di aver maturato le suddette ore/giornate	(solo per ATA indicare) dalle ore _____ alle ore _____
---	--

<input type="checkbox"/> maternità-congedo parentale	<input type="checkbox"/> interdizione per gravi complicanze della gestazione <input type="checkbox"/> astensione obbligatoria <input type="checkbox"/> astensione facoltativa (D.L. 151/2001) ** <input type="checkbox"/> malattia del bambino (D.L. 151/2001) **
--	--

Malattia Day Hospital Ricovero Ospedaliero Malattia Grave patologia

visita specialistica - (solo per ATA indicare dalle ore _____ alle ore _____)

Il/La sottoscritto/a dichiara che non è possibile effettuare la prestazione specialistica o l'accertamento diagnostico al di fuori dell'orario di servizio (C. M. n. 301 del 27/06/96)

astensione facoltativa (D.L. 151/2001)
 malattia del bambino (D.L. 151/2001)

Il/La sottoscritto/a dichiara ai sensi del DPR 445/2000 che il coniuge ha/non ha fruito di n. _____ giorni di congedo parentale di cui sopra per il/la figli _____
 nat_ a _____ il _____

Data _____ Firma _____

Visto : si concede
Il Dirigente Scolastico

Riservato all' Ufficio:
 Registrato nel programma personale in data _____
 Registrato in SIDI-VSG in data _____