Al Dirigente Scolastico

I. C.“DELEDDA- S.G. BOSCO”

GINOSA (TA)

Oggetto: RICHIESTA DI ASTENSIONE DAL LAVORO

\_\_l\_\_sottoscritt\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, qualifica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in servizio presso codesto Istituto nel corrente a.s. con contratto a tempo determinato/indeterminato, ordine di scuola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_plesso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CHIEDE alla S.V. di poter usufruire

dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ totale gg. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_di:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Ferie |  |  | relative al corrente a.s. |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | maturate e non godute nel precedente a.s. |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Festività soppresse previste dalla legge 23/12//1977, n. 937 |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Malattia (1) |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Ricovero ospedaliero - Day hospital |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Infortunio |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Permesso retribuito per |

|  |  |
| --- | --- |
|  | motivi personali/familiari |

|  |  |
| --- | --- |
|  | visita medica specialistica (1) |

|  |  |
| --- | --- |
|  | matrimonio |

|  |  |
| --- | --- |
|  | lutto familiare |

|  |  |
| --- | --- |
|  | permesso donazione sangue |

|  |  |
| --- | --- |
|  | partecipazione a concorso/esame |

|  |  |
| --- | --- |
|  | aspettativa per motivi di famiglia/studio (2) |

|  |  |
| --- | --- |
|  | esonero dal servizio per formazione (3) |

|  |  |
| --- | --- |
|  | congedo per eventi e cause particolari (2) |

|  |  |
| --- | --- |
|  | altro permesso previsto dalla normativavigente(2) |

|  |  |
| --- | --- |
|  | permesso non retribuito per (personale a T.D.) (3) |

altre comunicazioni \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Comunica, ai fini del controllo medico fiscale, che durante il periodo dell’assenza sarà reperibile al seguente indirizzo: Via/Piazza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_

Città\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_cap.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cognome sul campanello\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(indicare solo se diverso)

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza delle fasce orarie di reperibilità per il controllo fiscale: dalle ore **9.00** alle ore **13.00** – dalle ore **15.00** alle ore **18.00** di tutti i giorni compresi i non lavorativi ed i festivi.

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma del dipendente

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

VISTO:

Il Direttore S.G.A.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

VISTO: si concede/non si concede

Il DIRIGENTE SCOLASTICO

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(1) allegare certificazione medica on-line/ attestazione medica*

*(2) allegare documentazionegiustificativa o autocertificazione*

*(3) allegare documentazione certificativa*