

Oggetto: RICHIESTA DI ASTENSIONE DAL LAVORO

Io 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 documentazione giustificativa o autocertificazione

(3) allegare documentazione certificativa