

Il sottoscritto _____
(Cognome e Nome) _____ (qualifica)
in servizio presso codesto Istituto nel corrente a.s. con contratto a tempo _____
(indeterminato/determinato)

CHIEDE

alla S.V. di poter usufruire per il periodo dal _____ al _____ di complessivi n° _____ giorni di:

<input type="checkbox"/> FERIE	<input type="radio"/> relative al corrente A.S. 2017/18	<input type="radio"/> maturate e non godute nel precedente A.S.
FESTIVITA' SOPPRESSE DALLA LEGGGE 23/12/1977, n° 937		
<input type="checkbox"/> MALATTIA Lg. 133/08 (consegnare la certificazione medica con codice ASL entro TRE giorni dall'evento)	<input type="checkbox"/> VISITA MEDICA SPECIALISTICA <small>(specificare per permettere alla Segreteria di effettuare la visita fiscale obbligatoria Lg 133/08- al termine della visita farsi rilasciare certificazione ASL dell'avvenuta prestazione con orario di entrata ed uscita)</small> Luogo _____ Ora visita specialistica dalle _____ alle _____	
<input type="checkbox"/> PERMESSO RETRIBUITO (allegare autocertificazione)	<input type="radio"/> partecipazione a concorso/esame <input type="radio"/> lutto familiare <input type="radio"/> motivi familiari/personali <input type="radio"/> matrimonio	
<input type="checkbox"/> MATERNITA'	<input type="radio"/> interdizione per gravi complicanze della gestazione <input type="radio"/> astensione obbligatoria <input type="radio"/> astensione facoltativa (L.1204/71, art. 17 comma 1e art.17) <input type="radio"/> malattia del figlio (nome + età)(*) (**) <input type="radio"/> congedo parentale art.....specificare..... (**)	
<input type="checkbox"/> ASPETTATIVA PER MOTIVI DI FAMIGLIA/STUDIO (allegare autocertificazione)	altro caso previsto dalla normativa vigente (**) _____	

ESCLUSIVAMENTE PER PERSONALE DOCENTE

PLESSO _____ **Infanzia** **Primaria** **Sc. Sec. I Grado**

ORARIO DI ASSENZA PRIMO GIORNO segnalare le compresenze _____ **CLASSE / SEZ.** _____

Note:

Il sottoscritto dichiara che nel predetto periodo sarà reperibile al seguente indirizzo:

_____ (località, via o piazza, n° civico e n° di telefono)

Imperia, _____ (data)

_____ (firma dipendente)

NOTE DEL DIRIGENTE SCOLASTICO

VISTO

_____ Il Dirigente Scolastico
Prof.ssa B. PRAMAGGIORE