

Alla Dirigente Scolastica dell'Istituto Comprensivo "Anna Molinaro" di Montefiascone

Il/La sottoscritt _____ in servizio presso la scuola: _____ secondaria di I grado; Primaria; dell'infanzia di _____ in qualità di _____ a tempo _____ chiede alla S.V. di poter fruire dal _____ al _____ di complessivi n. _____ giorni di:

malattia (*): nel caso in cui l'infermità sia causata da colpa di un terzo, sia ipoteticamente sia dimostrativamente, il sottoscritto si impegna a fornire alla scuola ogni informazione utile al fine della procedura prevista dall'art. 17 del CCNL

aspettativa per motivi di famiglia/studio

ferie art. 13 (senza documentazione)

ferie art. 15 (con documentazione)

festività soppresse art. 14

visita specialistica: (*) dichiaro sotto la mia responsabilità che detta visita può essere effettuata solo di mattina

congedo parentale previsto dalla legge 30/12/1971 n° 1204 e legge 53/2000

astensione dal lavoro prevista dalla legge 30/12/1971 n° 1204 e legge 53/2000

permesso retribuito per art. 15

partecipazione a concorso/esame

lutto familiare

motivi personali/familiari

matrimonio

partecipazione a corsi di formazione

legge 104/92

MOTIVO: _____

Data

Firma (Nome e cognome in stampatello)

Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi dell'art. 3, comma 2, D.Lgs. 39/93.
Ricordarsi di allegare copia del documento di identità

Si allega la seguente documentazione _____

RECAPITO _____

(*): allegare certificazione medica