

AI DIRIGENTE SCOLASTICO
dell'ISTITUTO COMPRENSIVO
di CASTELL'ARQUATO

Oggetto: RICHIESTA DI ASTENSIONE DAL LAVORO

Il sottoscritto _____, cognome e nome _____, qualifica _____
in servizio presso codesto Istituto nel corrente anno scolastico 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="checkbox"/> relative al corrente A.S. |
| <input type="checkbox"/> festività previste dalla L. 23/12/77, n. 937 | | <input type="checkbox"/> maturate e non godute nel precedente A.S. |
| <input type="checkbox"/> malattia | { | <input type="checkbox"/> partecipazione a concorso/esame |
| <input type="checkbox"/> permesso NON retribuito | | <input type="checkbox"/> lutto familiare |
| <input type="checkbox"/> permesso retribuito | | <input type="checkbox"/> motivi familiari/personali |
| <input type="checkbox"/> aspettativa per motivi di famiglia/studio | | <input type="checkbox"/> matrimonio |
| <input type="checkbox"/> maternità | { | <input type="checkbox"/> congedo maternità art. 17 D.Lgs 26/03/01 n° 151 |
| <input type="checkbox"/> altro caso previsto dalla normativa vigente _____ | | <input type="checkbox"/> congedo maternità art. 16 D.Lgs 26/03/01 n° 151 |

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

lì _____
(data)

_____ (firma)

RISERVATO ALLA SEGRETERIA

La presente è pervenuta in data _____ Il dipendente ha già fruito di complessivi n° _____ giorni di _____

Nel corso: _____ del corrente a.s. _____ del precedente a.s. _____ nel triennio

- documentazione giustificativa allegata: _____
 certificazione medica allegata: _____

l'Assistente Amministrativa

_____ firma del D.S.G.A.

ANNOTAZIONI DEL DIRIGENTE SCOLASTICO

VISTO: _____ La Dirigente Scolastica
Dott.ssa Anna Coppolelli