

Oggetto: Richiesta astensione dal lavoro.

Io sottoscritt_____ in servizio presso questo Istituto in qualità di _____ con incarico a tempo determinato tempo indeterminato chiede di poter usufruire per il periodo dal ___/___/_____ al ___/___/_____ di complessivi n° _____ giorni di:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> FERIE _____ | } | <input type="checkbox"/> Relative al corrente anno scolastico |
| | | <input type="checkbox"/> Maturate e non godute anno precedente |
| <input type="checkbox"/> FESTIVITA' SOPPRESSE | } | <input type="checkbox"/> Partecipazione a concorso/esame |
| | | <input type="checkbox"/> Diritto allo studio (150 h) |
| | | <input type="checkbox"/> Motivi personali/Familiari |
| | | <input type="checkbox"/> Lutto Familiare |
| <input type="checkbox"/> PERMESSO PER (*) _____ | | <input type="checkbox"/> Donazione di sangue |
| | | <input type="checkbox"/> Matrimonio |
| | | <input type="checkbox"/> Incarico Sindacale |
| | | <input type="checkbox"/> Altro caso |
| <input type="checkbox"/> ASSENZA PER MALATTIA / VISITA SPECIALISTICA / RICOVERO OSPEDALIERO (barrare le voci che non interessano) | | |
| <input type="checkbox"/> ASPETTATIVA PER MOTIVI DI _____ | } | <input type="checkbox"/> Famiglia |
| | | <input type="checkbox"/> Studio |
| <input type="checkbox"/> CONGEDO PARENTALE _____ | } | <input type="checkbox"/> Maternità Obbligatoria |
| | | <input type="checkbox"/> Maternità Facoltativa |
| | | <input type="checkbox"/> Adozione e/o Affidamento |
| | | <input type="checkbox"/> Malattia figlio inferiore ai 3 anni |
| | | <input type="checkbox"/> Malattia figlio fra il 3° e l' 8° anno |
| <input type="checkbox"/> LEGGE 104/92 | | |
| <input type="checkbox"/> RECUPERO LAVORO STRAORDINARIO | | |

Firma del dipendente

Chianciano T., ___/___/_____

Annotazioni Dirigente Scolastico

Visto:

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
(Prof. Massimo Pomi)