AL DIRIGENTE SCOLASTICO

 ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE

 I.C. ALTOCASERTANO

Oggetto: RICHIESTA DI ASTENSIONE DAL LAVORO

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 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:

**PLESSO di:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Infanzia 🞏 - Primaria 🞏 - Secondaria 🞏

* malattia (\*\*)
* grave patologia
* esami/visita specialistica

🞎 partecipazione a concorso/esame

 🞎 lutto familiare

🞎 permesso retribuito per (\*) 🞎 motivi personali /familiari

* matrimonio
* L. 104/92
* diritto allo studio (150 ore)

 🞎 altro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

🞎 aspettativa per motivi di famiglia/studio (NON RETRIBUITA)

🞎 congedi per eventi e cause particolari (art.4, Legge 53/2000); congedi per la formazione (art, Legge 53/2000); altro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\*)

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Con osservanza

Roccamonfina, lì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 firma del dipendente richiedente

(\*) allegare documentazione giustificativa (\*\*) allegare certificazione medica

ANNOTAZIONI DEL DIRIGENTE SCOLASTICO Visita fiscale 🞎 SI 🞎 NO

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

VISTO SI AUTORIZZA : 🞎 SI 🞎 NO

 Il Dirigente Scolastico

Prof. Maurizio CALENZO

Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi dell'art. 3 comma 2 del D.L. 39/93