

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO
ITS "G. FILANGIERI"
87075 - TREBISACCE (CS)**

Il/la sottoscritto/a _____, _____
(qualifica)

in servizio presso questo Istituto nel corrente A.S. con contratto a tempo indeterminato/determinato.

CHIEDE/COMUNICA

alla S.V. di assentarsi:

dal _____ al _____ di complessivi n° _____ giorni di :

<input type="checkbox"/> Ferie	<input type="checkbox"/> relative al corrente A.S. <input type="checkbox"/> maturate e non godute nel precedente A.S.
<input type="checkbox"/> Festività soppresse previste dalla legge 23/11/1977, n°937	
<input type="checkbox"/> Recupero lavoro straordinario	
Permesso retribuito per :	<input type="checkbox"/> partecipazione a concorso/esame <input type="checkbox"/> lutto familiare <input type="checkbox"/> matrimonio <input type="checkbox"/> altro _____
<input type="checkbox"/> Maternità	<input type="checkbox"/> interdizione per gravi complicanze della gestazione (**) <input type="checkbox"/> astensione obbligatoria (**) <input type="checkbox"/> astensione facoltativa (L.1024/71, art. comma 1° (*)) <input type="checkbox"/> astensione facoltativa (L. 1024/71, art. comma 2° (*))
<input type="checkbox"/> Malattia (*)	<input type="checkbox"/> Visita specialistica <input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Aspettativa per motivi di famiglia/studio	
<input type="checkbox"/> Altro caso previsto dalla normativa vigente (*)	

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

Via _____ tel. _____/cell. _____

Trebisacce, _____

(firma del dipendente)

(*) allegare documentazione giustificativa

(**) allegare certificazione medica

VISTO

Il DSGA

(Carmela BRUNACCI)

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

(Prof. Roberta BOFFOLI)

si concede _____

non si concede _____