

Il/La sottoscritto/a _____ qualifica _____

assunto/a a tempo: **indeterminato/a – determinato/a** in servizio presso questo Istituto nel corrente A.S. _____**chiede** alla S.V. di poter usufruire

◇ per il giorno _____

◇ dal _____ al _____ per complessivi giorni _____

di:

☐ **Permesso per** ☐ motivi personali/familiari _____☐ retribuito ☐ lutto familiare☐ non retribuito ☐ partecipazione a esami/concorsi (*) _____☐ partecipazione a corsi formazione (*) _____☐ matrimonio (*)☐ motivi artistici (*)☐ 104/92☐ assistenza☐ titolare☐ Studio (150 ore): ☐ per frequenza corso ☐ per studio individuale☐ **Malattia (**)** ☐ visita medica ☐ ricovero/day hospital☐ **Ferie** ☐ relative al corrente A. S. (per doc.: art. 15 comma 2 CCNL 2007 con autocertificazione)☐ maturate e non godute nel precedente A.S.☐ **Festività** previste dalla Legge 23 dicembre 1977 numero 937☐ **Aspettativa** per motivi di famiglia/studio (*)☐ **Altro** caso previsto dalla normativa vigente (*) _____

Durante il periodo di assenza il proprio recapito sarà (indicare il n° di tel. o cell.) _____

e sarà sostituito (per il personale A.T.A.) da _____

firma del sostituto _____

Con osservanza

Data _____

Firma _____

(*) allegare la documentazione giustificativa**(**) allegare la certificazione medica****RISERVATO ALLA SEGRETERIA**

Il dipendente ha allegato/consegnato:

☐ Documentazione giustificativa☐ Certificazione medica

L'assistente amministrativo/a addetto/a al controllo

Direttore dei Servizi Generali ed Amministrativi

Annotazioni del Dirigente Scolastico:

VISTO