

Il/La sottoscritto/a _____
qualifica _____ in servizio presso codesto Istituto nell'A.S. _____ / _____
con contratto a tempo determinato indeterminato

CHIEDE

alla S.V. di poter usufruire per il periodo:

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

- MALATTIA (**) visita specialistica (***) analisi cliniche ricovero ospedaliero (**) causa servizio (**)
- partecipazione concorso-esami (*)
- lutto familiare (*)
- motivi Personali/Familiari - *devono essere documentati(*) o autocertificati* - giorni già goduti 0 1 2
- permesso orario per particolari motivi personali o familiari (ai sensi art. 73 del CCNL 2016/2018)
- matrimonio che avverrà il _____ (*)
- aspettativa per motivi di: (ai sensi dell'art. 18 del CCNL 2006/2009) famiglia lavoro studio
- FERIE anno scolastico corrente anno scolastico precedente (_____)
- FERIE anno scolastico art13 comma9 CCNL
- FESTIVITA' SOPPRESSE (Personale Docente durante il periodo di sospensione delle lezioni)
- INFORTUNIO (**)
- LEGGE 104/92 - giorni già goduti nel mese 0 1 2
- ALTRO CASO PREVISTO DALLA NORMA VIGENTE (**) _____
- RECUPERO

IL/LA SOTTOSCRITTO/DICHIARA CHE NEL PREDETTO PERIODO SARA' REPERIBILE AL SEGUENTE INDIRIZZO

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

Vallo della Lucania _____

FIRMA _____

(**) allego/allegherò certificazione medica

(*) allego/allegherò documentazione giustificativa

(***) allego/allegherò richiesta medico di base e documentazione giustificativa

SOLO PER IL PERSONALE ATA

Parere favorevole
 non favorevole

IL Direttore S.G.A.

Dott.ssa Filomena Feola

Vista la domanda

si concede
 non si concede

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Prof. Nicola Iavarone