

Il /La sottoscritt... _____ in servizio presso questo istituto in qualità di
_____ con contratto a T.I. /T.D.

CHIEDE

Di assentarsi dal servizio dal / /201.... Al / /201.... per complessivi giorni _____ per i seguenti motivi:

- Malattia---Visita Specialistica (compilare alleg.A)
- Permesso per diritto allo studio- (150ore)vanno per anno scolastico
- Permesso retribuito/non retribuito per:
 - Motivi personali/famigliari _____
 - Lutto familiare
 - Partecipazione a concorsi/esami
 - Corsi aggiornamento
- Ferie a.s. _____
- Festività soppresse _____
- Aspettativa per motivi famigliari, personali, di studio
- Legge 104/92
- Legge 1204/71 Legge 53/00
 - Interdizione anticipata per gravi complicanze della gestione
 - Congedo per maternità e paternità (astensione obbligatoria)
 - Astensione facoltativa(1 mese 100% e 5 mesi al 30%)
 - Congedo malattia bambino da **primo - secondo - terzo** anno di vita
 - Congedo parentale malattia bambino da 3- 8 anni di vita
 - Riduzione orario per allattamento 1° anno di vita
- Altro _____
ALLEGATI alla presente domanda
- La seguente documentazione _____ entro _____ allegherà _____
- N° telematico del certificato medico _____ ASL _____
Domicilio per visita fiscale (solo se diverso da quello agli atti) _____

Frascati, _____

Firma _____

Visto del responsabile Si concede Non si concede Il Dirigente Scolastico

ALLEGATO A

___L___ sottoscritt _____ in qualità di _____

Dichiara sotto la propria responsabilità di non aver potuto fissare l'appuntamento per la prestazione specialistica/diagnostica, in orario non coincidente con quello di servizio.

Frascati, _____

In Fede _____