

Prot. n _____

il/la sottoscritt o/a _____

in servizio presso questa scuola in qualità di _____

chiede alla S.V. di potersi assentare per il seguente motivo:

Recupero ore di servizio _____

Permesso breve: ore _____ del giorno _____

Malattia Visita specialistica da effettuare alle ore _____ luogo _____

Ferie anno scolastico _____ Recupero festività soppresse anno 20____/20____

Permesso retribuito per: - art. 15 - (3 giorni in un anno scolastico)

partecipazione a concorso/esame

lutto familiare

congedo matrimoniale

Legge 104/92

altro (specificare) _____

Astensione obbligatoria per: Complicanze gestazionali (*interdizione anticipata*)

Gestazione

Puerperio

Astensione facoltativa retribuita al 100%

retribuita al 30%

senza retribuzione

Congedo parentale 1° anno 2° anno 3° anno

dal _____ al _____ tot. gg. _____

per motivi di _____

Allega la seguente certificazione _____

Roma li, _____

VISTO : IL DIRIGENTE SCOLASTICO

FIRMA
