

Oggetto: Richiesta di congedo.

Il sottoscritto _____, _____
(Cognome e Nome) (qualifica)

in servizio presso codesto Istituto nel corrente A.S. con contratto a tempo _____
(indeterminato/determinato)

CHIEDE

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

dal _____ al _____ di complessivi n° _____

<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 sopresse previste dalla legge 23/12/1977, n° 937	
<input type="checkbox"/> recupero	
<input type="checkbox"/> permesso retribuito per *	<input type="checkbox"/> partecipazione a concorso/esame <input type="checkbox"/> lutto familiare <input type="checkbox"/> motivi familiari/personali <input type="checkbox"/> matrimonio - congedo parentale
- maternità	<input type="checkbox"/> interdizione per gravi complicanze della gestazione (**) <input type="checkbox"/> astensione obbligatoria (**) <input type="checkbox"/> astensione facoltativa (L.1204/71, art. 7 comma 1°) (*) <input type="checkbox"/> astensione facoltativa (L.1204/71, art. 7 comma 2°) (**)
<input type="checkbox"/> malattia (**)	___ visita specialistica ___ ricovero ospedaliero ___ analisi cliniche Day ospital
<input type="checkbox"/> aspettativa per motivi di:	<input type="checkbox"/> famiglia - <input type="checkbox"/> personali - <input type="checkbox"/> studio - <input type="checkbox"/> lavoro
<input type="checkbox"/> legge 104	giorni già goduti nel mese: <input type="checkbox"/> 1 - <input type="checkbox"/> 2 - <input type="checkbox"/> 3
<input type="checkbox"/> infortunio (**)	
<input type="checkbox"/> altro caso previsto dalla normativa vigente (*)	

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

(data) (firma del dipendente)

(*) allegare documentazione giustificativa

(**) allegare certificazione medica

RISERVATO ALLA SEGRETERIA

La presente è pervenuta in data _____ a mezzo _____

Il dipendente ha già usufruito di complessivi n° _____ giorni di _____

Nel corso del corrente A.S. del precedente A.S. del triennio

documentazione giustificativa allegata _____

certificazione medica allegata _____

(l'Assistente Amministrativo addetto al controllo)

(Il Direttore dei Servizi G. A.)

NOTE DEL DIRIGENTE SCOLASTICO

VISTO

si concede

non si concede

D S G A

(Roberta Porcaro)

(Il Dirigente Scolastico)