

Prot. N. \_\_\_\_\_ cl. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Oggetto: RICHIESTA DI ASTENSIONE DAL LAVORO

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_  
(Cognome 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° \_\_\_\_\_ giorni
- Dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ di complessivi n° \_\_\_\_\_ giorni
- Dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ di complessivi n° \_\_\_\_\_ giorni

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ferie  | <input type="checkbox"/> Relative al corrente A.S.<br><input type="checkbox"/> Maturate e non godute nel precedente A.S.   |
| <input type="checkbox"/> Festività previste dalla Legge 23 dicembre 1977, n. 937        | <input type="checkbox"/> Partecipazione concorso / esame   |
| <input type="checkbox"/> Permesso retribuito per<br>(personale a tempo indeterminato)   | <input type="checkbox"/> Lutto (nei casi previsti dal contratto)<br><input type="checkbox"/> Motivi personali / familiari (presentare autocertificazione)<br><input type="checkbox"/> Matrimonio |
| <input type="checkbox"/> Permesso retribuito per<br>(personale a tempo determinato)     | <input type="checkbox"/> Lutto (nei casi previsti dal contratto)<br><input type="checkbox"/> Matrimonio (data del matrimonio _____)  |
| <input type="checkbox"/> Permesso non retribuito per<br>(personale a tempo determinato) | <input type="checkbox"/> Partecipazione concorso / esame<br><input type="checkbox"/> Motivi personali / familiari (presentare autocertificazione)  |
- Malattia   
  Visita /esame c/o struttura o specialista pubblico o convenzionato   
  Visita c/o struttura o specialista privato
- Ricovero ospedaliero o day hospital
- Aspettativa per motivi di famiglia/studio (diversa da 150 ore)
- Altro caso previsto dalla norma vigente [(specificare: \_\_\_\_\_) ]

Il sottoscritto dichiara che nel periodo sarà reperibile presso il seguente indirizzo (da compilare solo se diverso da quello comunicato): \_\_\_\_\_  
(località, via o piazza, numero civico e di telefono)

Biandrate., \_\_\_\_\_  
Firma del dipendente

VISTO del D.S.G.A \_\_\_\_\_

Si concede  
 Non si concede per i seguenti motivi \_\_\_\_\_

IL Dirigente Scolastico  
 Dott.ssa Claudia Lorena