

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.
<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"/> Lutto (nei casi previsti dal contratto) |
| <input type="checkbox"/> Permesso retribuito per
(personale a tempo indeterminato) | <input type="checkbox"/> Motivi personali / familiari (presentare autocertificazione)
<input type="checkbox"/> Matrimonio |
| <input type="checkbox"/> Permesso retribuito per
(personale a tempo determinato) | <input type="checkbox"/> Lutto (nei casi previsti dal contratto)
<input type="checkbox"/> Matrimonio (data del matrimonio _____) |
| <input type="checkbox"/> Permesso non retribuito per
(personale a tempo determinato) | <input type="checkbox"/> Partecipazione concorso / esame
<input type="checkbox"/> Motivi personali / familiari (presentare autocertificazione) |
- Malattia
 Visita 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)

Con osservanza

Biandrate., _____

 Firma del dipendente

ANNOTAZIONI DEL D. S.	<input type="checkbox"/> Si concede <input type="checkbox"/> Non si concede per _____	IL Dirigente Scolastico
-----------------------	------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------