Al Dirigente Scolastico

dell’Istituto Comprensivo

“E. Fermi” CERVINO

l sottoscritt in servizio presso questo Istituto in qualità di docentecon contratto a tempo determinato/indeterminate

al Plesso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

alla S.V. di assentarsi per gg.

per:

dal al

* ferie □ anno scolastico precedente □ anno scolastico corrente
* **** festività soppresse
* **** recupero ore svolte oltre il normale orario di servizio,
* **** malattia con certificato del medico curante o della guardia medica
* **** visita specialistica con certificato del medico
* **** analisi cliniche con certificato della struttura ospedaliera
* **** day hospital / day surgery con certificato della struttura ospedaliera
* **** ricovero ospedaliero con certificato della struttura ospedaliera
* **** post ricovero con certificato del medico curante o della guardia medica
* **** permesso retribuito
* concorsi □ esami □ lutto □ donazione sangue
* motivi personali/familiari per

(specificare e dopo la fruizione del permesso consegnare in segreteria l’atto di notorietà)

* **** permesso non retribuito per:

(specificare e dopo la fruizione del permesso consegnare in segreteria l’atto di notorietà)

* **** aspettativa per motivi di famiglia/studio
* **** legge 104/92
* **** altro caso previsto dalla normativa vigente:

Durante il periodo di assenza il sottoscritto sarà domiciliato in Via

n.\_\_\_\_\_\_\_Tel.

Si allega

,

(luogo) (data)

In fede

Vista la domanda,

* **** si concede
* **** non si concede

|  |  |
| --- | --- |
| Il Dirigente Scolastico  Dott.ssa Anna dello Buono |  |