

Al Dirigente Scolastico

Oggetto: RICHIESTA ASTENSIONE DAL LAVORO

Il/La sottoscritt _____, nato a _____ il _____,
 residente in _____, via _____ (tel. _____) in servizio presso questo
 Liceo in qualità di _____ a tempo determinato / indeterminato

CHIEDE alla S. V. di poter usufruire di:

☐ Ferie relative al corrente A.S.	dal ____/____/____ al ____/____/____
☐ Ferie maturate e non godute nel precedente A.S.	dal ____/____/____ al ____/____/____
☐ Festività previste dalla Legge n° 937 del 23/12/77	dal ____/____/____ al ____/____/____
☐ Permesso retribuito per:	
▪ Concorso	dal ____/____/____ al ____/____/____
▪ Esame	dal ____/____/____ al ____/____/____
▪ Corso di Formazione	dal ____/____/____ al ____/____/____
▪ Motivi familiari/personali	dal ____/____/____ al ____/____/____
▪ Lutto	dal ____/____/____ al ____/____/____
▪ Matrimonio	dal ____/____/____ al ____/____/____
▪ Legge 104/92	dal ____/____/____ al ____/____/____
▪ Altro _____	dal ____/____/____ al ____/____/____
☐ Maternità	
▪ Interdizione per gravi complicanze della gestazione	dal ____/____/____ al ____/____/____
▪ Astensione Obbligatoria	dal ____/____/____ al ____/____/____
▪ Congedo parentale	dal ____/____/____ al ____/____/____
▪ Malattia bambino inf. di 3 anni.	dal ____/____/____ al ____/____/____
▪ Malattia bambino di 3-8 anni.	dal ____/____/____ al ____/____/____
☐ Malattia	dal ____/____/____ al ____/____/____
☐ Visita specialistica (ai sensi della C.M. n.301/96 per le visite specialistiche sarà riconosciuto il trattamento di malattia esclusivamente nel caso in cui venga dimostrata l'impossibilità di effettuarle in orario diverso da quello di servizio)	dal ____/____/____ al ____/____/____
☐ Infortunio	dal ____/____/____ al ____/____/____
☐ Aspettativa per motivi di:	
▪ Famiglia	dal ____/____/____ al ____/____/____
▪ Studio	dal ____/____/____ al ____/____/____
▪ Altro caso previsto dalla normativa	dal ____/____/____ al ____/____/____

Allega/si riserva di allegare

☐ Documentazione giustificativa

☐ Certificato medico

N.B. per la visita fiscale ed eventuali comunicazioni, il/la sottoscritto/a sarà reperibile al seguente indirizzo:

_____ tel. _____

Cagliari, _____

Firma _____

Riservato alla Segreteria

☐ visita fiscale

☐ si concede

☐ non si concede

Il Direttore dei Servizi GG. AA.
 (Dott.ssa Maria Sandra Manca)

Il Dirigente Scolastico
 (Prof.ssa Nicoletta Rossi)