

____ I ____ sottoscritt _____
in servizio presso questo C.D. in qualità di _____ con contratto tempo
determinato indeterminato

CHIEDE

alla S.V. di assentarsi per gg. _____ dal _____ al _____
per gg. _____ dal _____ al _____

per:

- Ferie a. s. precedente a. s. corrente art. 13 c. 9 CCNL (solo per i docenti)
- 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;
- day hospital/day surgery con certificato della struttura;
- ricovero ospedaliero con certificato della struttura;
- post ricovero con certificato del medico curante o della guardia medica;
- permesso retribuito per (specificare e allegare dichiarazione sostitutiva di certificazione):
 - concorsi esami lutto donazione sangue
 - motivi personali/familiari
- permesso non retribuito per: _____
(specificare e allegare dichiarazione sostitutiva di certificazione)
- aspettativa per motivi di famiglia/studio;
- permesso per assistenza portatori di handicap (art. 33 c. 3 L.104/1992);
- altro caso previsto dalla normativa vigente: _____

Durante il periodo di assenza il sottoscritto sarà domiciliato in _____

Via _____ n. _____ Tel. _____

Cerignola, _____

Il/la dipendente

IL DIRETTORE S.G.A.
Rosaria Occhiello

V I S T O

LA DIRIGENTE SCOLASTICA
Prof.ssa Giuliarosa TRIMBOLI