

Prof.n. _____
del _____

ISTITUTO COMPRENSIVO "G. Garibaldi"
CASTEL VOLTURNO

Al Dirigente Scolastico

Il sottoscritto dipendente _____
nella qualità di _____ con contratto a tempo

indeterminato, determinato in servizio presso la scuola _____

CHIEDE

di potersi assentare per gg _____ dal _____ al _____ per:

assenza per malattia visita specialistica ricovero ospedaliero

permesso retribuito per motivi familiari o personali (Tempo Indeterminato - max 3 gg.)
per la seguente motivazione _____

permesso non retribuito per motivi familiari o personali (Tempo Determinato - max 6 gg.)
per la seguente motivazione _____

permesso retribuito ai sensi della Legge n. 104/92

festività soppresse

ferie anno scolastico precedente (firma del collega che sostituisce _____)

ferie anno scolastico in corso (firma del collega che sostituisce _____)

per. retr. donazione sangue

recupero santo patrono

perm. retrib. concorsi ed esami (a T.I. max 8 gg)

recupero seggio elettorale

perm. non retrib. concorsi ed esami (A T.D. max 8 gg.)

aspettativa per motivi familiari

perm. per mandato amministrativo L.816/85 art. 4

permesso retribuito per matrimonio

perm. retrib. lutto familiare (max 3 gg. per evento)

perm. retrib. per obblighi legali/civili

astensione obbligatoria (art. 12) allegare modello

astensione facoltativa generale nei primi 8 anni di vita del bambino (art. 4) (allegare modello)
(indicare nome e data di nascita del bambino) _____

astensione facoltativa per malattia del bambino 0-3 anni (art. 5) (allegare modello)

astensione facoltativa per malattia del bambino 3-8 anni (art. 5) (allegare modello)

ALTRO _____

Seguirà documento giustificativo o autocertificazione

Data _____

Firma _____

SI AUTORIZZA Il Dirigente Scolastico _____

Recapito, se diverso da quello a conoscenza della segreteria:

Tel. _____