

Il/La sottoscritto/a

in servizio presso questa Istituzione scolastica in qualità di

Personale docente TI/TD

Personale A.T.A TI/TD

CHIEDE

che gli/le vengano concessi i giorni sotto indicati: *(contrassegnare con una X le voci che interessano)*

FERIE

- n. _____ giorni di FERIE RELATIVE ALL'ANNO PRECEDENTE - periodo _____
- n. _____ giorni di FERIE RELATIVE ALL'ANNO IN CORSO - periodo _____
- n. _____ giorni di FESTIVITA' SOPPRESSE - periodo _____

PERMESSI

- n. _____ ore di PERMESSO BREVE - dalle ore _____ alle ore _____ del giorno _____
- n. _____ giorni di PERMESSO RETRIBUITO - periodo _____ per:

- ❖ particolare motivo familiare o personale
- ❖ lutto per la perdita di _____ *(specificare e allegare relativa documentazione)*
- ❖ esami e concorsi _____ *(specificare e allegare relativa documentazione)*
- ❖ matrimonio *(allegare relativa documentazione)*

MALATTIA

- n. _____ giorni per MALATTIA (visita specialistica - ricovero ospedaliero - accertamenti diagnostici)
dal _____ al _____
dal _____ al _____
dal _____ al _____

(allegare certificato medico)

- n. _____ giorni/ore di PERMESSO SINDACALE - periodo _____
- n. _____ giorni LEGGE 104/1992 1°giorno _____ 2°giorno _____ 3° giorno _____
- n. _____ giorni / ore ALTRO _____ periodo _____

Si allega: _____

Ripatransone, _____

(firma per esteso e leggibile)

Note:

Eventuale diverso recapito:

Località _____ Via _____ Tel . _____

Visto:

La Dirigente Scolastica
Gaia Gentili