

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE
I.C. ALTOCASERTANO

Oggetto: RICHIESTA DI ASTENSIONE DAL LAVORO

Il/La sottoscritto/a _____,
Cognome e nome _____, _____, _____
qualifica _____

in servizio presso Codesto Istituto nel corrente a.s. con contratto a tempo indeterminato/ determinato
chiede alla S.V. di poter usufruire per il periodo dal _____ al _____ di
complessivi n. _____ giorni di:

PLESSO di: _____ Infanzia - Primaria - Secondaria

- malattia (**)
- grave patologia
- esami/visita specialistica

- permesso retribuito per (*)
 - partecipazione a concorso/esame
 - lutto familiare
 - motivi personali /familiari
 - matrimonio
 - L. 104/92
 - diritto allo studio (150 ore)
 - altro _____

- aspettativa per motivi di famiglia/studio (NON RETRIBUITA)
- congedi per eventi e cause particolari (art.4, Legge 53/2000); congedi per la
formazione (art, Legge 53/2000); altro _____ (*)

Il/La sottoscritto/a dichiara che nel predetto periodo sarà reperibile al seguente indirizzo:

(località, via o piazza, n. civico e n. di telefono)

Con osservanza

Roccamonfina, lì _____

firma del dipendente richiedente

(*) allegare documentazione giustificativa

(**) allegare certificazione medica

ANNOTAZIONI DEL DIRIGENTE SCOLASTICO

Visita fiscale SI NO

VISTO SI AUTORIZZA : SI NO

Il Dirigente Scolastico
Dott.ssa Maddalena DI CERBO

Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi dell'art. 3 comma 2 del D.L. 39/93