

Il sottoscritt _____ qualifica _____
in servizio presso la scuola _____ di _____
(solo per gli Insegnanti) classe/i _____

CHIEDE DI POTER USUFRUIRE

	DAL	AL	GIORNI
MALATTIA			
PERMESSO			
CONCORSO/ESAME			
LUTTO FAMILIARE			
MOTIVI PERSONALI/FAMILIARI NON RETRIBUITI (TD)			
MOTIVI PERSONALI/FAMILIARI RETRIBUITI (TI)			
LEGGE 104			
MATERNITA'			
INTERDIZIONE PER COMPLICANZE DELLA GESTAZIONE			
ASTENSIONE OBBLIGATORIA			
CONGEDO PARENTALE			
MALATTIA FIGLIO ETA' INFERIORE 3 ANNI			
MALATTIA FIGLIO ETA' 3-8 ANNI			
ASPETTATIVA			
PER MOTIVI DI FAMIGLIA/STUDIO			
PER RICONGIUNZIONE CONIUGE ALL'ESTERO			
ALTRO CASO previsto dalla normativa:			
FERIE			
FERIE			
FERIE			
FESTIVITA' SOPPRESSE			

ALLEGA



DOCUMENTAZIONE GIUSTIFICATIVA



CERTIFICATO MEDICO

DATA ___/___/_____

FIRMA _____

VISTO _____

LA DIRIGENTE SCOLASTICA

(Dott.ssa Silvia Brunini)