

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL'IST. COMPRENSIVO
R.F. EVOLA - BALESTRATE

Il sottoscritto _____ in qualità di _____
a tempo _____ in servizio presso questo istituto nel corrente a.s. _____
chiede alla S.V. di poter fruire per il periodo dal _____ al _____

di complessivi giorni _____ di

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ferie | <input type="checkbox"/> relative al corrente a.s. _____ |
| <input type="checkbox"/> riposo compensativo | <input type="checkbox"/> maturate e non godute nel precedente a.s. _____ |
| <input type="checkbox"/> permesso retribuito per(*) | <input type="checkbox"/> partecipazione a concorso\esame |
| | <input type="checkbox"/> lutto familiare |
| | <input type="checkbox"/> motivi personali\familiari |
| | <input type="checkbox"/> matrimonio |
| <input type="checkbox"/> festività soppresse L. 937/77 | |
| <input type="checkbox"/> astensione obbligatoria art. 16 D.L.vo n° 151/2001 | |
| <input type="checkbox"/> congedo parentale art. 32 D.L.vo n° 151/2001 | |
| <input type="checkbox"/> congedo parentale art. 47 D.L.vo n° 151/2001 (malattia del bambino) | |
| <input type="checkbox"/> malattia(**) | |
| <input type="checkbox"/> aspettativa per motivi di famiglia\studio(*) | |
| <input type="checkbox"/> altro caso previsto dalla normativa vigente(*) _____ | |

_____ data

_____ firma del dipendente

(*) allegare documentazione giustificativa

(**) allegare certificazione medica

RISERVATO ALLA SEGRETERIA

Il dipendente ha già fruito di complessivi giorni _____ di _____

nel corso del corrente _____ a.s. _____
del precedente _____ a.s. _____

triennio
 quinquennio

- documentazione giustificativa
 certificazione medica

_____ L'ASS. AMM.VO

_____ IL DIRETTORE S.G.A.

ANNOTAZIONI DEL DIRIGENTE SCOLASTICO

VISTO

_____ IL DIRIGENTE SCOLASTICO