ISTITUTO COMPRENSIVO DI PONTEVICO

Al Dirigente Scolastico

Il/La sottoscritto/a _____

in servizio presso Codesto Istituto in qualità di _____

con contratto a tempo ☐ indeterminato ☐ determinato

CHIEDE

alla S.V. di assentarsi per gg. _____ dal _____ al _____ per:

☐ Ferie

☐ Festività soppresse

☐ Malattia :

☐ visita specialistica ☐ ricovero ospedaliero ☐ analisi cliniche

☐ Permesso retribuito (**si allega autocertificazione**) :

☐ Concorsi/Esami ☐ Motivi personali/familiari ☐ Lutto ☐ Matrimonio

☐ Donazione Avis ☐ Diritto allo Studio ☐ Legge 104

☐ Permesso NON retribuito **(SOLO per Personale a T.D.)** :

☐ Concorsi/Esami

☐ Aspettativa per motivi di (**si allega autocertificazione**) :

☐ Famiglia ☐ Lavoro ☐ Personali ☐ Studio

☐ Infortunio sul lavoro e malattia dovuta a cause di servizio

☐ Congedo parentale :

Astensione facoltativa ☐ Maternità ☐ Malattia figlio inf. 3 anni

Astensione ☐ obbligatoria per maternità

☐ Permesso Breve

per il giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____ per un totale di ore _____

A tal fine lo scrivente è consapevole che il permesso goduto dovrà essere recuperato entro i due mesi lavorativi successivi a quello della fruizione e che in caso contrario l'Ufficio di Segreteria disporrà la trattenuta di una somma pari alla retribuzione spettante per il numero di ore da recuperare.

Eventuali Note:

_____

_____

Pontevico li ____/____/____

In Fede

_____