

_ l _ sottoscritt _____ qualifica _____

in servizio presso la scuola _____ di _____

(solo per gli insegnanti) classe/i _____

CHIEDE DI POTER USUFRUIRE

	DAL	AL	GIORNI
MALATTIA			
MALATTIA: visite, terapie, prestazioni specialistiche o esami 18 ORE per anno scolastico ART. 33 CCNL 2018 – SOLO ATA			ORE
PERMESSI			GIORNI
CONCORSO / ESAME			
LUTTO FAMILIARE			
MOTIVI PERSONALI / FAMILIARI NON RETRINUITI (TD)			
MOTIV PERSONALI / FAMILIARI RETRIBUITI (TI)			
LEGGE 104			
MATERNITÀ			
INTERDIZIONE PER COMPLICANZE DELLA GESTAZIONE			
ASTENSIONE OBBLIGATORIA			
CONGEDO PARENTALE			
MALATTIA FIGLIO ETÀ INFERIORE 3 ANNI			
MALATTIA FIGLIO ETÀ 3 – 8 ANNI			
ASPETTATIVA			
PER MOTIVI DI FAMIGLIA / STUDIO			
PER RICONGIUNZIONE CONIUGE ALL'ESTERO			
ALTRO CASO previsto dalla normativa:			
FERIE			
FERIE SOPPRESSE			

ALLEGA documentazione giustificativa certificato medico

DATA ___ / ___ / _____

FIRMA _____

VISTO _____

LA DIRIGENTE SCOLASTICA

Dott.ssa Maria Rosaria Moscatiello