AL DIRIGENTE SCOLASTICO
ISTITUTO COMPRENSIVO 1 - POGGIBONSI

Il/la sottoscritto/a____

in servizio presso codesto Istituto in qualità di_________________________________

con contratto a tempo_______________________presso ______________________________
(indeterminato/determinato) (scuola dell'infanzia /primaria/ctp/second.1°grado)

C H I E D E

alla S.V. di assentarsi per gg.________dal_______________al _________________
________dal_______________al _________________
________dal_______________al _________________ **per**:

☐ **ferie** *(ai sensi dell'art. 13 del C.C.N.L. 2006/2009)* ☐ a.s. precedente - ☐ a.s. corrente

☐ **festività soppress**e *(previste dalla legge 23/12/1977, n° 937)*

☐ **malattia** *(ai sensi dell'art. 17 del C.C.N.L. 2006/2009)*

☐ visita specialistica ☐ analisi cliniche ☐ ricovero ospedaliero

presso la struttura/ambulatorio_____________________________di_________________________________

(Il/la sottoscritt_ dichiara che non è stato possibile effettuare la prenotazione per la visita specialistica/analisi in altro orario o giorno)

☐ **permesso retribuito** *(art. 15 del C.C.N.L. 2006/2009)* ☐ **permesso non retribuito (***art. 19 del C.C.N.L)* **per***:*

☐ concorsi/esami - ☐ motivi personali/familiari - ☐ lutto - ☐ matrimonio

(allegare autocertificazione)

☐ aspettativa per motivi di: *(ai sensi dell'art. 18 del C.C.N.L. 2006/2009)*

☐ famiglia - ☐ lavoro - ☐ personali - ☐ studio

☐ **legge 104/92** - giorni già goduti nel mese: ☐ 1 - ☐ 2 - ☐ 3

☐ infortunio sul lavoro e malattia dovuta a causa di servizio *(ai sensi dell'art. 20 del C.C.N.L. 2006/09)*

☐ altro caso previsto dalla normativa vigente: ____

Durante il periodo di assenza il sottoscritto sarà **domiciliato** in ____________________________

via____________________________n°__________tel. __________________________________

- **SI ALLEGA** ____

Poggibonsi li,_____________

Con Osservanza

____

^^^

Vista la domanda,

☐ si concede

☐ non si concede

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
MAGINI ANNARITA