

L sottoscritt_ _____ ☐ Docente ☐ A.T.A.

in servizio presso codesto Istituto nel corrente a. s. con contratto a tempo ☐ indeterminato ☐ determinato

CHIEDE

alla S.V. di poter usufruire per il periodo dal _____ al _____ di complessivi n° _____ giorni di:

☐ congedo per malattia del figlio _____ nato il _____	
☐ congedo per assistenza a familiare con handicap in situazione di gravità	
☐ permesso retribuito per	☐ partecipazione a convegni/congressi
☐ permesso non retribuito per	☐ partecipazione a concorso/esame
	☐ formazione e aggiornamento
	☐ testimoniare in giudizio
	☐ motivi personali/familiari
	☐ lutto familiare
	☐ matrimonio
☐ malattia	☐ day hospital - ricovero
	☐ visita medica specialistica
	☐ grave patologia
☐ aspettativa per motivi di	☐ famiglia
	☐ personali
	☐ studio
	☐ lavoro
☐ legge 104/92	☐ giorni già goduti nel mese _____
☐ infortunio	
☐ altro caso previsto dalla normativa vigente _____	

AUTOCERTIFICAZIONE (solo per richieste permessi retribuiti e non)

L sottoscritt_ dichiara che nel predetto periodo sarà reperibile al seguente indirizzo: _____

_____ recapito telefonico _____

Napoli, _____
(data)

(firma del dipendente)

VISTO:	☐ si concede	Il Dirigente Scolastico _____
	☐ non si concede	