Al Dirigente Scolastico

dell'IIS "E. Ferrari"

Battipaglia

Il/La Sottoscritto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in servizio presso codesto Istituto in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C.T. I. (ruolo) C.T.D. (suppl. annuale al 30/06 - 31/08) C.T.D. (supp. Breve)

CHIEDE

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| alla SV di assentarsi per | | | gg. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |  |
|  | | | gg. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | per: |
| □ | Malattia ai sensi dell’art. 17 | | | | | | | |
| □ | Permesso retribuito/ (\*) non retribuito ai sensi dell’art. 15 | | | | | | | |
|  | □ concorsi | □ esami | | □ Motivi personali / familiari | | □ Lutto | □ Matrimonio | |
| □ | Ferie | | | | | | | |
|  | □ a.s. precedente | | | | □ a.s. corrente | | | |
| □ | Festività soppresse previste dalla legge 23/12/1977 n° 937 | | | | | | | |
| □ | Permesso retribuito Legge 104/92 | | | | | | | |
| □ | Maternità | | | | | | | |
|  | □ interdizione per compl. gestazione | | | | □ Astensione obbligatoria | | | |
| □ | Congedo parentale D.Lgs. 151/2001 | | | | | | | |
| □ | Altro caso previsto dalla normativa vigente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | |
| □ | Recupero per attività svolta oltre l’orario d’obbligo dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | |

Dichiara di aver già fruito nel corrente anno scolastico di gg\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_di ferie.

Durante il periodo di assenza dal servizio il/la sottoscritto sarà domiciliato al seguente indirizzo:

Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si allega

|  |  |
| --- | --- |
| □ | Certificato medico |
| □ | Documentazione giustificativa o autocertificazione |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Battipaglia lì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | Con Osservanza |
| (\*) Solo per il personale a tempo determinato |  |  |

Vista la domanda

□ si concede

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| □ non si concede |  | IL DIRIGENTE SCOLASTICO |
|  |  | Prof.ssa Daniela Palma |