

Oggetto: Richiesta di congedo.

Il sottoscritto _____, _____
(Cognome e Nome) (qualifica)
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:

<input type="checkbox"/> Ferie	<input type="checkbox"/> relative al corrente A. S. <input type="checkbox"/> maturate e non godute nel precedente A. S.
<input type="checkbox"/> Festività sopresse previste dalla legge 23/12/1977, n° 937	
<input type="checkbox"/> Recupero	
<input type="checkbox"/> Permesso retribuito per	<input type="checkbox"/> partecipazione a concorso/esame <input type="checkbox"/> lutto familiare <input type="checkbox"/> motivi familiari/personali <input type="checkbox"/> matrimonio
<input type="checkbox"/> Maternità	<input type="checkbox"/> interdizione per gravi complicanze della gestazione <input type="checkbox"/> astensione obbligatoria <input type="checkbox"/> astensione facoltativa (L.1204/71, art. 7 comma 1°) <input type="checkbox"/> astensione facoltativa (L.1204/71, art. 7 comma 2°)
<input type="checkbox"/> Malattia	
<input type="checkbox"/> Aspettativa per motivi di:	<input type="checkbox"/> famiglia - <input type="checkbox"/> personali - <input type="checkbox"/> studio - <input type="checkbox"/> lavoro
<input type="checkbox"/> Legge 104	giorni già goduti nel mese : <input type="checkbox"/> 1 - <input type="checkbox"/> 2 - <input type="checkbox"/> 3
<input type="checkbox"/> Altro caso previsto dalla normativa vigente _____ _____	

Il sottoscritto dichiara che nel predetto periodo sarà reperibile al seguente indirizzo:

(località, via o piazza, n° civico e n° di telefono)

_____, _____
(data)

(firma del dipendente)

Si allega la seguente documentazione :

Certificazione medica

Altro: _____

RISERVATO AA.GG. e AMM/VI

La presente è pervenuta in data _____ a mezzo _____

Il dipendente ha già usufruito di complessivi n° _____ giorni di _____

Nel corso: del corrente A.S. del precedente A.S. del triennio

documentazione giustificativa allegata: _____

certificazione medica allegata: _____

(l'Assistente Amministrativo addetto al controllo)

Bartolomeo dr. GALEOTAFIORE

(Il Direttore dei Servizi G. A.)

NOTE DEL DIRIGENTE SCOLASTICO

VISTO:

si concede

non si concede

Il Dirigente Scolastico
(Prof ssa *Sabrina CAPASSO*)