

Oggetto: Richiesta di congedo.

Il sottoscritto _____,
(Cognome e Nome) / _____,
(Personale docente/non docente)

in servizio presso codesto Istituto nel corrente Anno Scolastico 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"/> Malattia (Art. 17 CCNL 2007) <input type="checkbox"/> Ferie <input type="checkbox"/> relative al corrente anno scolastico	<input type="checkbox"/> visita specialistica <input type="checkbox"/> maturate e non godute nel precedente anno scolastico
<input type="checkbox"/> Festività soppresse previste dalla legge 23/12/1977, n.937	
<input type="checkbox"/> Recupero relativo al/ai giorno/i: _____	
<input type="checkbox"/> Permesso Retribuito per	<input type="checkbox"/> motivi familiari / personali <input type="checkbox"/> lutto familiare <input type="checkbox"/> matrimonio <input type="checkbox"/> partecipazione a concorso/esame
<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"/> 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/la sottoscritto/a dichiara che nel predetto periodo sarà reperibile al seguente indirizzo:

(Città – sigla provincia – via o piazza – numero civico - recapito mobile)

Cicciano, _____

(Nome-Cognome ed indirizzo e-mail da dove si invia)

Si allega alla presente:

Certificazione medica

Altro: _____

RISERVATO ALLA SEGRETERIA

La presente è pervenuta in data ___/___/2023; 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)

(Il D.S.G.A.)

NOTE DEL DIRIGENTE SCOLASTICO

Visto:

Si concede

Non si concede

*Il Dirigente Scolastico
(Prof.ssa Sabrina Capasso)*