**AL DIRIGENTE SCOLASTICO**

|  |  |
| --- | --- |
| Il sottoscritto *(cognome e nome)*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nat \_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov (\_\_\_\_) domicilio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov (\_\_\_\_) via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | PERSONALE□ DOCENTE □ ATA |
| ASSUNZIONE A TEMPO□ INDETERMINATO□ DETERMINATO |

in servizio presso codesto Istituto nel corrente A.S. 20\_\_\_/20\_\_\_ CHIEDE alla S.V. di poter usufruire per il periodo: dal \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_
al \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ per complessivi n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ giorni di:

□ **FERIE**

 □ relative al corrente A.S. □ recupero festività soppresse previste dalla L n° 937/77

 □ maturate e non godute nel precedente A.S. 20\_\_\_/20\_\_\_

□ **PERMESSO RETRIBUITO PER \***

 □ partecipazione a concorso/esame □ Legge 104/92

 □ lutto familiare (specificare grado parentela) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 □ motivi familiari/personali (specificare motivo) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 □ altro caso previsto dalla normativa vigente \* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ **MATERNITA’**

 □ interdizione per gravi complicanze della gestazione\*\* □ astensione facoltativa (L. 1204/71 art. 7 comma 2°)\*

 □ astensione obbligatoria\*\* □ astensione facoltativa per malattia de \_\_\_ figli\_\_\_

 □ astensione facoltativa (L. 1204/71 art. 7 comma 1°)\* nat\_\_ in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

□ **assenza per malattia\*\*/\*\*\*** *(indicare fascia oraria in caso di visita specialistica e/o esami diagnostici)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ **aspettativa per motivi di famiglia/studio**

NUMERO DEI GIORNI GIA’ FRUITI: \_\_\_\_\_

□ **Permesso breve** per il giorno \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ dalle ore \_\_\_\_:\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_:\_\_\_\_ sostituito da: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nella/e classe/i \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\***= allegare documentazione giustificativa **\*\***= allegare certificazione medica (nei casi previsti dalla normativa vigente)

**\*\*\***= comunicare eventuale cambio domicilio

Cassino, \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ Firma del dipendente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vista la richiesta e la documentazione allegata, si esprime parere: □ Favorevole □ Non Favorevole

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(il DSGA Dott. Mario IEMMA)*

*Vista la richiesta di cui sopra, la documentazione allegata ed il parere del DSGA*

□ Si concede □ Non si concede

Cassino, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_  **Il DIRIGENTE SCOLASTICO**

 **Dott. Pasquale MERINO**

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_