

Oggetto: RICHIESTA CONGEDO

Il La sottoscritt ,
 (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 soppresse previste dalla legge 23/12/1977, n° 937	
<input type="checkbox"/> permesso retribuito per	<input type="checkbox"/> partecipazione a concorso/esame <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> lutto familiare <input type="checkbox"/> matrimonio <input type="checkbox"/> motivi familiari/personali :- <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<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="text"/>
<input type="checkbox"/> aspettativa per motivi di:	famiglia <input type="checkbox"/> personali <input type="checkbox"/> studio <input type="checkbox"/> lavoro <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> legge 104	giorni già goduti nel mese: 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> infortunio (**)	
<input type="checkbox"/> altro caso previsto dalla normativa vigente (*)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

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

<input type="text"/>
<input type="text"/>

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

(data)

(firma del dipendente)

(*) allegare documentazione giustificativa

(**) allegare certificazione medica

RISERVATO ALLA SEGRETERIA

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)

(Il Direttore dei Servizi G. A.)

NOTE DEL DIRIGENTE SCOLASTICO

VISTO:

si concede

non si concede

(Il Dirigente Scolastico)