

OGGETTO: RICHIESTA ASTENSIONE DAL LAVORO

Il/La sottoscritto/a _____
qualifica _____

in servizio presso codesto Istituto nel corrente A.S. Con contratto a tempo determinato / indeterminato

chiede/ comunica alla S.V. di poter usufruire per il periodo:

dal _____ al _____ di complessivi n. _____ giorni di

dal _____ al _____ di complessivi n. _____ giorni di

dal _____ al _____ di complessivi n. _____ giorni di

- FERIE relative al corrente A.S.
 maturate e non godute nel precedente A.S.
- FESTIVITA' previste dalla Legge 23/12/1977, n. 937
- PERMESSO RETRIBUITO partecipazione a concorso/esame
 PERMESSO NON RETRIBUITO lutto familiare
 motivi personali/familiari
 matrimonio
 altro (es. l.104- recupero- convegni.....) _____

MALATTIA / VISITA SPECIALISTICA _____

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

MEDICINA, _____

firma

ISTITUTO COMPRENSIVO DI MEDICINA

Motivazioni del Direttore dei Servizi Generali e Amministrativi

Vista la richiesta del/la Sig. _____

Tenuto conto delle esigenze di servizio, si esprime parere _____

alla concessione _____

Il Direttore dei SS.GG.AA.

Provvedimento del Dirigente Scolastico

Vista la richiesta del/la Sig. _____

Visto il parere del Direttore dei SS.GG.AA.

NON/ SI CONCEDE l'astensione dal lavoro .

IL DIRIGENTE SCOLASTICO