Il/La sottoscritto/a …………………………………… , in servizio presso codesto

 I.C. in qualità di ………………………..………………… con contratto a tempo ………………………………………….

(Per gli ATA) TURNO: ………………………………………….

C H I E D E

di potersi assentare per giorni **…….** . dal **…../…../………** al **…./…./………** per il seguente motivo**[[1]](#footnote-1)1**:

* MALATTIA
* Visita Specialistica
* PERMESSO RETRIBUITO art 15
* Partecipazione a concorsi od esami (gg. 8 per a.s. compresi quelli richiesti per il viaggio).
* Lutto (gg.3 anche non consecutivi).
* Motivi personali o familiari (gg. 3), debitamente documentati art. 21 comma 2.
* MATRIMONIO (gg. 15 consecutivi).
* LEGGE 104/92
* Congedo parentale
* Congedo parentale (fino a 12 anni di vita del bambino) retribuiti o al………..% ……………………………………………………………..…..…..……………………………(indicare cognome, nome, luogo e data di nascita del bambino)
* Malattia del bambino di età inferiore a 3 anni ……………………………………..………..……………………….(indicare cognome, nome, luogo e data di nascita del bambino)
* FERIE T.D.
* FERIE T.I.
* FERIE A. P. 20……/20……
* FESTIVITA’ SOPPRESSE

 …………………………………………….………………………………………………………….………………………..

(altro motivo, specificare)

Allega i seguenti documenti: …………………………………….…………………………………………………………….

Eventuale dichiarazione: …………………………………………………………………………………..……………………

………………………………………………………………………………………………………………….…………………

Roma …..\…..\…..…. F I R M A

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| VISTO: Si autorizza | Si |  | No |   |

 **La Dirigente Scolastica**

 **Dott.ssa Angela DE STEFANO**

1. 1 Contrassegnare il motivo della richiesta. [↑](#footnote-ref-1)