Al Dirigente Scolastico

1° Istituto Comprensivo "G. Guzzardi"

Adrano

Il/la sottoscritto/a (cognome e nome) ______

in servizio presso codesto Istituto in qualità di (docente/ata) ______

con contratto a tempo (indeterminato/determinato) ______

C H I E D E

alla S.V. di assentarsi per gg. ______ dal ______ al ______ per:

☐ ferie: ☐ a.s. precedente ☐ a.s. corrente

☐ festività soppresse

☐ recupero

☐ malattia:

☐ visita specialistica - ☐ analisi cliniche

☐ ricovero ospedaliero - ☐ day hospital - ☐ periodo di convalescenza post - ospedale

☐ permesso retribuito:

☐ concorsi/esami - ☐ motivi personali/familiari - ☐ lutto - ☐ matrimonio

☐ aspettativa per motivi di:

☐ famiglia - ☐ lavoro - ☐ personali - ☐ studio

☐ legge 104/92, giorni già goduti nel mese: ☐ 1 - ☐ 2 - ☐ 3

☐ infortunio sul lavoro e malattia dovuta a causa di servizio

☐ altro caso previsto dalla normativa vigente: ______

☐ permesso breve: per il giorno ______ dalle ore ______ allle ore ______
per un totale di ore ______

Durante il periodo di assenza il sottoscritto sarà domiciliato in ______

via ______ n° ______ tel. ______

• SI ALLEGA ______

Adrano, ______ Con Osservanza

firma ______

^^^

Vista la domanda: ☐ si concede ☐ non si concede

Il D.S.G.A – F.F. Il Dirigente Scolastico

Sig.ra Rosaria Zammataro Dott.ssa Silvia MANISCALCHI