**AL DIRIGENTE SCOLASTICO**

**ISTITUTO COMPRENSIVO “B.Antonazzo”**

**DI CORSANO - TIGGIANO**

\_\_\_L\_\_ sottoscritt\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nat\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_

in servizio presso Codesto Istituto Comprensivo – Plesso \_\_\_\_­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di

[ ] DOCENTE (a tempo determinato/indeterminato)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[ ] A.T.A. (a tempo determinato/indeterminato)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Di usufruire di un periodo di assenza dal \_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_per complessivi giorni \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a titolo di:

□ Malattia □ Visita specialistica □ Ricovero Ospedaliero □ Analisi Cliniche

□ Ferie documentate (allegare certificazione o autocertificazione)

□ Ferie relative al corrente a.s. o maturate e non godute nell’a.s. precedente (solo per pers. ATA)

□ Permesso per lutto (allegare certificazione o autocertificazione)

□ Permesso per motivi personali e familiari (allegare certificazione o autocertificazione)

□ Permesso retribuito legge 104/92 (max 3 gg. al mese)

□ Testimone in giudizio

□ Esonero Giudice Popolare o componente di seggio elettorale

□ Recupero lavoro straordinario (solo personale ATA)

□ Altro caso previsto dalla normativa vigente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Corsano lì, …………………..

FIRMA

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

VISTO:

|  |  |
| --- | --- |
| NON SI AUTORIZZA  IL DIRIGENTE SCOLASTICO  (Prof. Fernando Simone) | SI AUTORIZZA  IL DIRIGENTE SCOLASTICO  (Prof. Fernando Simone) |