

Il sottoscritto, \_\_\_\_\_  
(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:

<b>FERIE</b> dal _____ al _____ dal _____ al _____ dal _____ al _____		<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 dal _____ al _____ dal _____ al _____ dal _____ al _____ dal _____ al _____		
<input type="checkbox"/> recupero dal _____ al _____		
<input type="checkbox"/> permesso retribuito per * <input type="checkbox"/> permesso non retribuito*	<input type="checkbox"/> partecipazione a concorso/esame <input type="checkbox"/> lutto familiare <input type="checkbox"/> motivi familiari/personali (motivazione da consegnare in busta chiusa) <input type="checkbox"/> matrimonio	
<input type="checkbox"/> maternità	<input type="checkbox"/> interdizione per gravi complicanze della gestazione (**) <input type="checkbox"/> astensione obbligatoria (***)	
<input type="checkbox"/> malattia (***)	<input type="checkbox"/> visita specialistica <input type="checkbox"/> ricovero ospedaliero <input type="checkbox"/> day hospital	
<input type="checkbox"/> aspettativa per motivi di:	<input type="checkbox"/> famiglia - <input type="checkbox"/> personali - <input type="checkbox"/> studio - <input type="checkbox"/> lavoro	
<input type="checkbox"/> infortunio (***)		
<input type="checkbox"/> altro caso previsto dalla normativa vigente (*) _____		

**PERMESSO BREVE**

Per il giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____ Tot. ore _____ <input type="checkbox"/> RECUPERATE <input type="checkbox"/> DA RECUPERARE Motivazione: _____
---

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

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

Vittuone, \_\_\_\_\_  
(data) \_\_\_\_\_ (firma del dipendente)

(\*) allegare documentazione giustificativa

(\*\*) allegare certificazione medica

**RISERVATO ALLA SEGRETERIA**

La presente è pervenuta in data \_\_\_\_\_ Prot. n. \_\_\_\_\_/FP

**NOTE DEL DIRIGENTE SCOLASTICO**

**VISTO:**

si concede

non si concede

**IL DSGA**  
(Rosanna GIORDANO)

**IL DIRIGENTE SCOLASTICO**  
(Prof.ssa Maria Manfredino)