

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:

<p><b>FERIE</b></p> <p>dal _____ al _____</p> <p>dal _____ al _____</p> <p>dal _____ al _____</p>		<p><input type="checkbox"/> relative al corrente A.S. _____</p> <p><input type="checkbox"/> maturate e non godute nel precedente A.S. _____</p>
<p><input type="checkbox"/> festività soppresse previste dalla legge 23/12/1977, n° 937</p> <p>dal _____ al _____ dal _____ al _____</p> <p>dal _____ al _____ dal _____ al _____</p>		
<p><input type="checkbox"/> recupero dal _____ al _____</p>		
<p><input type="checkbox"/> permesso retribuito per *</p> <p><input type="checkbox"/> permesso non retribuito*</p>	<p><input type="checkbox"/> partecipazione a concorso/esame</p> <p><input type="checkbox"/> lutto familiare</p> <p><input type="checkbox"/> motivi familiari/personali (motivazione da consegnare in busta chiusa)</p> <p><input type="checkbox"/> matrimonio</p>	
<p><input type="checkbox"/> maternità</p>	<p><input type="checkbox"/> interdizione per gravi complicanze della gestazione (**)</p> <p><input type="checkbox"/> astensione obbligatoria (**)</p>	
<p><input type="checkbox"/> malattia (**)</p>	<p><input type="checkbox"/> visita specialistica</p> <p><input type="checkbox"/> ricovero ospedaliero</p> <p><input type="checkbox"/> day hospital</p>	
<p><input type="checkbox"/> aspettativa per motivi di:</p>	<p><input type="checkbox"/> famiglia - <input type="checkbox"/> personali - <input type="checkbox"/> studio - <input type="checkbox"/> lavoro</p>	
<p><input type="checkbox"/> infortunio (**)</p>		
<p><input type="checkbox"/> altro caso previsto dalla normativa vigente (*) _____</p>		

**PERMESSO BREVE**

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

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**

<p>La presente è pervenuta in data _____ Prot. n. _____/FP</p>
--

**NOTE DEL DIRIGENTE SCOLASTICO**

<p><b>VISTO:</b></p> <p>si concede _____</p> <p>non si concede _____</p>	<p>IL DIRIGENTE SCOLASTICO (Prof.ssa Maria Manfredino)</p>
--	--