

OGGETTO: **RICHIESTA DI CONGEDO**

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 \_\_\_\_\_ ; dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ;

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ; dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

di complessivi n° \_\_\_\_\_ giorni di

<input type="checkbox"/> <b>FERIE :</b> <input type="radio"/> Anno Scolastico corrente ; <input type="radio"/> Anno Scolastico precedente ; <input type="radio"/> Anno Scolastico: _____ / _____	<input type="checkbox"/> <b>MATERNITÀ :</b> <input type="radio"/> interdizione per gravi complicanze della gestazione** ; <input type="radio"/> astensione obbligatoria** ; <input type="radio"/> astensione facoltativa (L.1204/71, art. 7 comma 1°)* <input type="radio"/> astensione facoltativa (L.1204/71, art. 7 comma 2°)**
<input type="checkbox"/> <b>FESTIVITÀ SOPPRESSE</b>	
<input type="checkbox"/> <b>RIPOSO COMPENSATIVO</b>	
<input type="checkbox"/> <b>PERMESSO RETRIBUITO :</b> <input type="radio"/> motivi familiari/personali ; <input type="radio"/> partecipazione a concorso/esame ; <input type="radio"/> lutto familiare ; <input type="radio"/> matrimonio	<input type="checkbox"/> <b>MALATTIA ** :</b> <input type="radio"/> visita specialistica ; <input type="radio"/> ricovero ospedaliero
	<input type="checkbox"/> <b>ASPETTATIVA PER MOTIVI DI FAMIGLIA/STUDIO</b>
	<input type="checkbox"/> <b>ALTRO CASO PREVISTO DALLA NORMATIVA VIGENTE * :</b> .....

(\*) allegare documentazione giustificativa ; (\*\*) allegare certificazione medica

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

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

Sapri, \_\_\_\_\_  
(data)

\_\_\_\_\_ (firma del dipendente)

<b>RISERVATO ALLA SEGRETERIA</b>	
La presente è pervenuta in data _____ a mezzo _____ assunta al protocollo n° _____ del _____	
Il dipendente ha già usufruito di complessivi n° _____ giorni di _____	
Nel corso: <input type="radio"/> del corrente A.S. ; <input type="radio"/> del precedente A.S. ; <input type="radio"/> del triennio	
Allegati: <input type="radio"/> documentazione giustificativa ; <input type="radio"/> certificazione medica	
_____ (l'Assistente Amministrativo addetto al controllo)	_____ (Il Direttore S. G. A.)
<b>NOTE DEL DIRIGENTE SCOLASTICO</b>	
VISTO : <input type="radio"/> si concede <input type="radio"/> NON si concede	
_____ (Il Dirigente Scolastico)	