

**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)

**RISERVATO ALLA SEGRETERIA**

**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:  del corrente A.S. ;  del precedente A.S. ;  del triennio

Allegati:  documentazione giustificativa ;  certificazione medica

\_\_\_\_\_  
(l'Assistente Amministrativo addetto al controllo)

\_\_\_\_\_  
(Il Direttore S. G. A.)

**NOTE DEL DIRIGENTE SCOLASTICO**

**VISTO :**  si concede  **NON** si concede

\_\_\_\_\_  
(Il Dirigente Scolastico)