

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"/> FERIE : <input type="radio"/> Anno Scolastico corrente ; <input type="radio"/> Anno Scolastico precedente ; <input type="radio"/> Anno Scolastico: _____ / _____	<input type="checkbox"/> MATERNITÀ : <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"/> FESTIVITÀ SOPPRESSE	
<input type="checkbox"/> RIPOSO COMPENSATIVO	
<input type="checkbox"/> PERMESSO RETRIBUITO : <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"/> MALATTIA ** : <input type="radio"/> visita specialistica ; <input type="radio"/> ricovero ospedaliero
	<input type="checkbox"/> ASPETTATIVA PER MOTIVI DI FAMIGLIA/STUDIO
	<input type="checkbox"/> ALTRO CASO PREVISTO DALLA NORMATIVA VIGENTE* :

(*) 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: <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.)
NOTE DEL DIRIGENTE SCOLASTICO	
VISTO : <input type="radio"/> si concede <input type="radio"/> NON si concede	
_____ (Il Dirigente Scolastico)	