

Oggetto: Richiesta di congedo



Istituto di Istruzione Superiore Statale
"Via Capo Sperone 52" – 00122 Roma
RMIS08300C – C.F. 97567400581

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 ___/___/201___ al ___/___/201___ di complessivi n° _____ giorni di:

| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ferie | <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 | |
| <input type="checkbox"/> recupero | |
| <input type="checkbox"/> permesso retribuito per * | <input type="checkbox"/> partecipazione a concorso/esame <input type="checkbox"/> lutto familiare <input type="checkbox"/> motivi familiari/personali <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"/> astensione facoltativa(L.1204/71, art.7 comma 1°) (*) <input type="checkbox"/> astensione facoltativa(L.1204/71, art.7 comma 2°) (**) |
| <input type="checkbox"/> malattia (**) | |
| <input type="checkbox"/> aspettativa per motivi di famiglia/studio | |
| <input type="checkbox"/> Altro caso previsto dalla normativa vigente(*) | |

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

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

(data)

(firma del dipendente)

(*) allegare documentazione giustificativa

(**) allegare certificazione medica

RISERVATO ALLA SEGRETERIA

La presente è pervenuta in data ___/___/201___ a mezzo _____

Il dipendente ha già usufruito di complessivi n° _____ giorni di _____

Nel corso: del corrente A.S. del precedente A.S. del triennio

Documentazione giustificativa allegata: _____

Certificazione medica allegata: _____

(il direttore dei servizi G.A.)

NOTE DEL DIRIGENTE SCOLASTICO

VISTO: si concede
 non si concede

(Il Dirigente Scolastico)