

Al Dirigente Scolastico dell'I.C.S.Acquasparta

Il/la sottoscritto/a _____, qualifica _____ assunto con
contratto a tempo determinato/indeterminato, in servizio presso:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> SI Acquasparta | <input type="checkbox"/> SI San Gemini |
| <input type="checkbox"/> SP Acquasparta | <input type="checkbox"/> SP San Gemini |
| <input type="checkbox"/> SSI° Grado Acquasparta | <input type="checkbox"/> SSI° Grado San Gemini |

Chiede, di poter usufruire per il periodo dal _____ al _____ di complessivi giorni n° _____ di:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Permesso retribuito (Art. 15) | <input type="checkbox"/> Motivi personali / familiari |
| | <input type="checkbox"/> Matrimonio |
| | <input type="checkbox"/> Lutto familiare |
| | <input type="checkbox"/> Partecipazione a concorso / esame |
| | <input type="checkbox"/> Per Studio (150 ore) |
| | <input type="checkbox"/> Assistenza L. 104/92 |
| <input type="checkbox"/> Maternità (D.Lgs. 151/2001) | <input type="checkbox"/> Interdizione per gravi complicanze della gestazione |
| | <input type="checkbox"/> Astensione obbligatoria per maternità (d.p.p. _____) |
| | <input type="checkbox"/> Astensione obbligatoria per puerperio
Nome, luogo e data di nascita _____ |
| | <input type="checkbox"/> Stato Morbile riconducibile alla gravidanza o
al puerperio (Art. 20 DPR 1026) |
| | <input type="checkbox"/> Congedo parentale (ex art. astensione facoltativa)
Nome, luogo e data di nascita _____ |
| | <input type="checkbox"/> Assenza per malattia del bambino (1 – 3 anni)
Nome, luogo e data di nascita _____ |
| | <input type="checkbox"/> Assenza per malattia del bambino (3 – 12 anni)
Nome, luogo e data di nascita _____ |
| <input type="checkbox"/> Motivi di salute (Art. 17) | <input type="checkbox"/> Malattia |
| | <input type="checkbox"/> Infortunio |
| | <input type="checkbox"/> Visita specialistica
da effettuarsi presso _____ alle ore _____ |
| | <input type="checkbox"/> Donazione Sangue presso _____ alle ore _____ |
| <input type="checkbox"/> Aspettativa per motivi di famiglia /studio/ Lavoro (Art. 18) | _____ |
| <input type="checkbox"/> Permesso retribuito per Studio/Formazione (Art. 64) | _____ |
| <input type="checkbox"/> Altro caso previsto dalla normativa vigente | _____ |

Dichiara di essere reperibile al seguente indirizzo: _____

Acquasparta, _____

Il Richiedente

Vista la richiesta:

- Si concede Non si concede

Il Dirigente Scolastico

Note: _____

Riservato alla segreteria

La presente è pervenuta in data _____, a mezzo _____

- Corrente A. s. Precedente A. s.

Allega: Documentazione medica Documentazione giustificativa

Ass.te Amministrativo

Il D.S.G.A.