

Il/La sottoscritto/a _____ in servizio presso questo Istituto in qualità di _____ a tempo indeterminato / determinato

CHIEDE

alla S.V. di poter usufruire nel corrente A.S. _____ di gg. _____ di astensione dal lavoro dal _____ al _____ per il seguente motivo:

- MALATTIA allegare certificazione medica ASL Per le visite specialistiche presentare certificazione ASL n. protocollo certificato _____
- FESTIVITA' SOPPRESSE PREVISTE dalla L. 937 del 23/12/77
- RECUPERO LAVORO STRAORDINARIO
- FERIE relative al corrente A.S. _____
 maturate e non godute nel precedente A.S. _____
- PERMESSO RETRIBUITO per
 partecipazione a concorso/esame
 lutto familiare
 matrimonio
 motivi personali/familiari
 Legge 104
- ASTENSIONE L. 1204/71: interdizione obbligatoria
- CONGEDO PARENTALE
Ast. Facoltativa nei primi 8 anni di vita del bambino L. 151/01 Età figlio _____
- CONGEDO MALATTIA FIGLIO: fino a 3 anni fino a 8 anni
Si allega:
 - dichiarazione del coniuge di non essere in astensione dal lavoro per lo stesso motivo e per gli stessi giorni
 - certificato medico attestante malattia del figlio
- ASPETTATIVA per motivi di famiglia/studio (allegare documentazione giustificativa)
- PERMESSO STRAORDINARIO RETRIBUITO: Diritto allo studio

DOMICILIO di REPERIBILITA': _____ CAP _____

Località _____ Tel. _____

A.S.L. _____ Via _____ Tel. _____ Fax _____

Roma, _____

In fede
