

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 _____ 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.
festività soppresse previste dalla legge 23/12/1977, ri° 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"/> congedo parentale generale <input type="checkbox"/> malattia bambino (**)
<input type="checkbox"/> malattia (**)	
<input type="checkbox"/> aspettativa per motivi di:	<input type="checkbox"/> famiglia - <input type="checkbox"/> personali - <input type="checkbox"/> studio - <input type="checkbox"/> lavoro
<input type="checkbox"/> legge 104	giorni già goduti nel mese: 0 1 - 0 2 - 0 3
<input type="checkbox"/> infortunio (**)	
<input type="checkbox"/> altro caso previsto dalla normativa vigente (*)	
PERMESSO BREVE (MAX 2 ORE DA RECUPERARE)	

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

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

Maddaloni, _____
(data)

(firma del dipendente)

(*) allegare documentazione giustificativa
(**) allegare certificazione medica

NOTE DEL DIRIGENTE SCOLASTICO

VISTO.

si concede
 non si concede

La Dirigente Scolastica
Prof.ssa Ione RENGA

NOTE DEL D.S.G.A.

VISTO.

si concede
 non si concede

Il D.S.G.A.
Dott. Angelo Bizzarro