



Il / La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

sede di servizio \_\_\_\_\_

in qualità di  docente a tempo  indeterminato  determinato  
 personale ATA a tempo  indeterminato  determinato

chiede di poter usufruire di gg \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_  
 al \_\_\_\_\_

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> malattia                     | <input type="checkbox"/> DL 101/2013, art. 4, comma 16 bis<br><input type="checkbox"/> permesso retribuito<br><input type="checkbox"/> permesso breve dalle _____ alle _____<br><input type="checkbox"/> recupero straordinario (personale ATA) | <input type="checkbox"/> ferie as _____ / _____   |
| <input type="checkbox"/> festività sopresse           | <input type="checkbox"/> permessi studio per un totale di ore _____   | <input type="checkbox"/> permesso non retribuito  |
| <input type="checkbox"/> legge 104                    | <input type="checkbox"/> astensione obbligatoria per maternità  | <input type="checkbox"/> lutto familiare  |
| <input type="checkbox"/> matrimonio                   | <input type="checkbox"/> astensione facoltativa per malattia del figlio di età inferiore _____  | <input type="checkbox"/> recupero lavoro straordinario  |
| <input type="checkbox"/> motivi familiari / personali | <input type="checkbox"/> partecipazione concorso esame  | <input type="checkbox"/> astensione facoltativa per maternità<br><input type="checkbox"/> altro |

Documentazione

allega certificato \_\_\_\_\_

Domicilio di reperibilità

Via \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_

Località \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

Asl \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Roma \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

N. O.

Il D.S.G.A

Il DIRIGENTE SCOLASTICO

Prof. ssa Carla Parolari