

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

Sede di servizio \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/>	Docente	<input type="checkbox"/>	Personale Ata
<input type="checkbox"/>	A tempo determinato	<input type="checkbox"/>	A tempo indeterminato

Chiede di poter usufruire di gg. \_\_\_\_\_ Dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

MOTIVAZIONE	N.Giorni	SEGNARE
PERMESSO BREVE DALLE ORE _____ ALLE ORE _____		
MALATTIA		
ALLEGA CERTIFICATO :		
FERIE A.S. _____		
FESTIVITA' SOPPRESSE		
LEGGE 104		
MOTIVI FAMILIARI/PERSONALI		
PERMESSO RETRIBUITO		
PERMESSO NON RETRIBUITO		
ASTENSIONE FACOLTATIVA PER MATERNITA'		
ASTENSIONE OBBLIGATORIA PER MATERNITA'		
CONGEDO PARENTALE D.R.80/2015 ( _____ DEL FIGLIO)		
ASTENSIONE FACOLTATIVA PER MALATTIA FIGLIO MINORE DI ETA' _____		
PERMESSI STUDIO PER TOTALE ORE _____		
PARTECIPAZIONE CONCORSO/ESAME		
RECUPERO LAVORO STRAORDINARIO ( PERSONALE ATA)		
MATRIMONIO		
PERMESSO RETRIBUITO		
LUTTO FAMILIARE		
ALTRO:		

Roma

FIRMA

DOMICILIO REPERIBILITA' :

VIA \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_ EMAIL \_\_\_\_\_

LOCALITA' \_\_\_\_\_ CAP. \_\_\_\_\_ EMAIL \_\_\_\_\_

ASL \_\_\_\_\_ VIA \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

IL DSGA

Raffaella Migliavacca

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Prof.ssa Carla Parolari