

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
(Cognome e Nome) (qualifica)  
in servizio presso codesto Istituto nel corrente anno scolastico con contratto a tempo \_\_\_\_\_  
(indeterminato/determinato)

**COMUNICA / CHIEDE**

di poter usufruire per il periodo:

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ di complessivi n. \_\_\_\_\_ giorni di:

<input type="checkbox"/> <b>ferie</b> dal _____ al _____ dal _____ al _____	<input type="checkbox"/> relative al corrente A.S. gg. _____ <input type="checkbox"/> maturate e non godute nel precedente A.S. gg. _____
<input type="checkbox"/> <b>festività sopresse</b> previste dalla legge 23/12/1977, n° 937 dal _____ al _____ gg. _____	
<input type="checkbox"/> <b>recupero</b> (solo per personale ATA) GIORNI dal _____ al _____ ORE dalle _____ alle _____ il giorno _____	
<input type="checkbox"/> <b>permesso per *</b> (allegare documentazione giustificativa o allegato 1)	<input type="checkbox"/> motivi familiari/personali <input type="checkbox"/> partecipazione a concorso/esame <input type="checkbox"/> lutto familiare <input type="checkbox"/> matrimonio
<input type="checkbox"/> <b>permesso breve:</b> (da recuperare) ORE _____	Il giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____
<input type="checkbox"/> <b>maternità</b> <input type="checkbox"/> <b>indennità di maternità</b> (allegare documentazione giustificativa) <input type="checkbox"/> <b>posticipo maternità</b> (vedi mod.3) (allegare documentazione giustificativa) <input type="checkbox"/> <b>controlli prenatali</b> (Allegato 3)	<input type="checkbox"/> interdizione per gravi complicanze della gestazione <input type="checkbox"/> astensione obbligatoria <input type="checkbox"/> congedo parentale (ex astensione facoltativa)+ Allegato2 <input type="checkbox"/> congedo parentale (malattia figlio) + Allegato2 <input type="checkbox"/> riduzione oraria per allattamento ore _____
<input type="checkbox"/> <b>malattia:</b> <input type="checkbox"/> visita specialistica/esami clinici +allegato4 (allegare certificazione medica)	<input type="checkbox"/> ricovero /day hospital
<input type="checkbox"/> <b>aspettativa per motivi di famiglia/studio</b> (allegare documentazione giustificativa)	_____ (specificare motivo)

**N.B: Per ogni altro caso previsto dalla normativa vigente consultare gli altri modelli di assenza**

➤ Il/la sottoscritto/a dichiara che nel predetto periodo sarà reperibile al seguente indirizzo:

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

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
(data)

\_\_\_\_\_  
(firma del dipendente)

**RISERVATO ALLA SEGRETERIA**

a- Il dipendente ha già usufruito di complessivi n° \_\_\_\_\_ giorni di \_\_\_\_\_  
n° \_\_\_\_\_ giorni di \_\_\_\_\_  
Nel corso:  del corrente A.S.  del precedente A.S.  del triennio

b- Il permesso breve è stato recuperato il giorno \_\_\_\_\_ dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

VISTO IL DIRETTORE S.G.A.

**VISTO:**

- si concede  
 non si concede

IL DIRIGENTE SCOLASTICO REGGENTE  
(Dott. Prof. Salvatore MARZO)  
firma autografa sostituita a mezzo stampa ai  
sensi dell'art. 3 Comma 2 del D. Lgs 29/1993