

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
I.I.S. " L. DA VINCI "
CIVITANOVA MARCHE

Il/la sottoscritto/a _____

In servizio presso codesto ISTITUTO in qualità di _____

tempo determinato

tempo indeterminato

CHIEDE

alla S.V. di assentarsi per gg _____ dal _____ al _____

_____ dal _____ al _____

_____ dal _____ al _____

Ferie (ai sensi dell'art. 13 e dell'art.19 del C.C.N.L.)

a.s. precedente a.s. corrente

Festività soppresse previste dalla legge 23/12/1977, n°937

Recupero (SOLO PERSONALE ATA)

Permesso retribuito (ai sensi dell'art 15 e art 19 del C.C.N.L.)

concorsi esami Motivi personali/familiari lutto matrimonio

Permesso non retribuito (ai sensi dell'art .19 del C.C.N.L)

Malattia (ai sensi dell'art 17 e art. 19 del C.C.N.L.)

Visita specialistica ricovero ospedaliero day hospital

Permesso retribuito per DIRITTO ALLO STUDIO ore _____

Aspettativa per motivi di famiglia/studio

Altro caso previsto dalla normativa vigente

Durante il periodo di assenza il sottoscritto sarà domiciliato in _____

Via _____ n° _____ tel _____

SI ALLEGA

Certificazione

Autocertificazione

_____ Civitanova Marche _____ li _____

Con osservanza

La DSGA

Sig.ra Eulalia Talamonti

Firma _____

Vista la domanda, si concede non si concede

Il Dirigente Scolastico
Dott. Francesco Giacchetta