

Riporto Protocollo Fonogramma n° _____/_____
del _____/_____/_____

Al Dirigente Scolastico
Dell'I. C. "Tomasi di Lampedusa"
Gravina di Catania

Oggetto: Richiesta astensione dal lavoro.

Il / La sottoscritto/a _____

residente a _____ **Via** _____ **n°** _____

in servizio presso questo Istituto in qualità di:

- | | | | |
|--|---|---|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <i>Ins.te Scuola dell'infanzia</i> | <input type="checkbox"/> <i>D.S.G.A.</i> | } | <i>con incarico a tempo:</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Ins.te Scuola Primaria</i> | <input type="checkbox"/> <i>Assistente Amministrativo</i> | | |
| <input type="checkbox"/> <i>Docente Scuola secondaria 1° grado</i> | <input type="checkbox"/> <i>Collaboratore Scolastico</i> | | |

C O M U N I C A

Malattia **dal** _____ **al** _____ (**gg.** _____)

C H I E D E

alla **S.V.** di poter usufruire del sottoindicato periodo di assenza:

dal _____ **al** _____ (**gg.** _____)

Ferie A. S. _____/_____

Festività L. n° 937

Riposo compensativo

Permesso retribuito per:

partecipazione a concorso / esame

lutto familiare

motivi personali/familiari

matrimonio

(allegare documentazione giustificativa)

Interdizione dal lavoro per gravi complicanze di gestazione

Maternità gestazione / puerperio

Astensione facoltativa 1°- 3° anno di vita del bambino

Generale

Malattia

Astensione facoltativa 4°- 8° anno di vita del bambino

Generale

Malattia

Aspettativa per motivi di famiglia / studio (senza retribuzione)

Legge 104/92

Altro caso previsto dalle norme vigenti:

SI ALLEGA: *Certificazione Medica* *Autocertificazione* *Altro* _____

Gravina di Catania _____/_____/_____

Regolarizzata in data odierna

Firma del dipendente

RISERVATO ALL'UFFICIO

VISTO: *SI CONCEDE QUANTO RICHIESTO*

NON SI CONCEDE PER I SEGUENTI MOTIVI: _____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO