

DOMANDA DI ASSENZA DAL SERVIZIO

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo
Via del Calice

RICHIEDENTE

Nominativo _____ qualifica _____

In servizio presso questo Circolo Didattico nel corrente a.s. con contratto determinato indeterminato

TIPOLOGIA ASSENZA- barrare con una x la tipologia che interessa

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> FERIE a.s. corrente <input type="checkbox"/> | a.s. precedente <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> FESTIVITA' SOPPRESSE |
| <input type="checkbox"/> CONTO RECUPERO | | <input type="checkbox"/> MALATTIA |
| <input type="checkbox"/> PERMESSO LEGGE 104 | | <input type="checkbox"/> VISITA SPECIALISTICA |
| <input type="checkbox"/> DONAZIONE SANGUE | | <input type="checkbox"/> MANDATO POLITICO |
| <input type="checkbox"/> RECUPERO GIORNATA elezioni | | <input type="checkbox"/> CITAZIONE UDIENZA IN TRIBUNALE |
| <input type="checkbox"/> ASTENSIONE OBBLIGATORIA pre-parto | | <input type="checkbox"/> ASTENSIONE OBBLIGATORIA post-parto |
| <input type="checkbox"/> ASTENSIONE FACOLTATIVA – primi 30 giorni | | <input type="checkbox"/> ASTENSIONE FACOLTATIVA – oltre 30 giorni |
| <input type="checkbox"/> MALATTIA FIGLIO inferiore ai 3 anni – primi 30 giorni | | <input type="checkbox"/> MALATTIA FIGLIO inferiore ai 3 anni – oltre 30 giorni |
| <input type="checkbox"/> MALATTIA FIGLIO dai 3 agli 8 anni | | <input type="checkbox"/> INFORTUNIO |
| <input type="checkbox"/> PERMESSO STUDIO 150 ORE dell'anno accademico _____ | | <input type="checkbox"/> FORMAZIONE |
| <input type="checkbox"/> CONCORSO/ESAME | | |
| <input type="checkbox"/> LUTTO: grado di parentela _____ | | |
| <input type="checkbox"/> MOTIVI PERSONALI O FAMILIARI per _____ | | |
| <input type="checkbox"/> 15 GIORNI PER MATRIMONIO contratto in data ____/____/____ | | |
| <input type="checkbox"/> ALTRE ASSENZE _____ | | |
| <input type="checkbox"/> PERMESSI ORARI _____ | | |

DECORRENZA

- dal giorno ____/____/____ al ____/____/____ per la durata di giorni _____
- dalle ore _____ alle _____ del giorno ____/____/____

ALLEGATI

- _____
- _____
- _____

Con osservanza,

Roma ____/____/____

(firma del richiedente)

(firma leggibile del responsabile se richiesto)

-- Riservato all'operatore --

Caricato in procedura _____

Note: _____

Protocollato