

Al Dirigente Scolastico
dell'I.C. Mazzarrone-Licodia Eubea
Via Cantù, s.n.
95040 Mazzarrone

Il/la Sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

_____ in servizio presso questo Istituto Comprensivo
qualifica

con contratto a tempo _____ chiede alla S. V. di assentarsi

dal _____ al _____ per complessivi giorni _____ di

- malattia (1) Visita specialistica ricovero ospedaliero analisi cliniche
- malattia del figlio (1) inferiore a otto anni superiore a otto anni
- ferie a.s. precedente a.s. corrente
- festività previste dalla Legge 23 dicembre 1977, numero 937
- permesso retribuito (2) Concorso/esami motivi personali Matrimonio lutto non retribuito
- astensione facoltativa dal lavoro prevista dalla L. 30 dicembre 1971, n. 1204 (1)
- interdizione per complicanze della gestazione (1) maternità puerperio
- Infortunio sul lavoro
- aspettativa per motivi di famiglia/studio
- Permesso orario per il giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____ per un totale di ore _____
- altro caso previsto dalla normativa vigente: _____

Allega alla presente documentazione: _____

Comunica ai fini di controllo della malattia di richiedere visita fiscale domiciliare

e di appartenere alla A. U.S.L. _____ dipartimento di _____

Durante il periodo di assenza sarà reperibile al seguente indirizzo:

Indirizzo: _____

Città: _____ C.A.P. _____

Con osservanza.

Mazzarrone _____

firma del dipendente

VISTO SI CONCEDE: _____
Il Dirigente Scolastico

_____ Rag. Domenico Todaro (*)
Il D.S.G.A.

(*Firma autografa sostituita a mezzo stampa, ai sensi dell'art. 3, comma 2, del D.Lgs. n. 39/93)

(1) allegare certificazione medica

(2) allegare documentazione giustificativa