### Al Dirigente Scolastico

ISTITUTO COMPRENSIVO

CAPACCIO (SA)

##### DATA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Prot\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tit. \_\_\_\_\_\_\_\_

#### dell’Istituto dell’Istituto Comprensivo

#### “CARDUCCI”

#### CAPACCIO CAP.

\_\_l\_\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in servizio presso codesta Scuola in qualità di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_assunto con

Contratto a tempo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**C H I E D E** di potersi assentare per il seguente motivo

 (determinato - indeterminato)

□ **FERIE a.s. 20\_\_\_\_\_/20\_\_\_\_\_**  per giorni \_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ **FESTIVITA' SOPPRESSE a.s. 20\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_** per giorni \_\_\_\_\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_al\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ **ASSENZE PER MALATTIA** per giorni \_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 A.S.L di appartenenza n. \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ **RICOVERO OSPEDALIERO** per giorni\_\_\_\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_al\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ **VISITA SPECIALISTICA** per giorni \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ **DAY HOSPITAL** per giorni \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ Chiede di essere sottopost\_\_\_ a visita fiscale presso il seguente indirizzo:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ Faccio presente che sarò assente dal mio recapito per sottopormi a visite e cure ambulatoriali nei giorni e agli orari seguenti:

□ **PERMESSO RETRIBUITO** gg.\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_al\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ **PERMESSO NON RETRIBUITO** gg.\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_al\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ **Partecipazione a concorsi o esami** □ **Lutto** □ **Motivi personali o familiari**

□ **Matrimonio** □ **Art. 21 comma 3 leg. 104/92** □ **Art. 33 comma 3 leg. 104/92**

□ **Astensione obbligatoria** □ **Complicanza della gestazione** □ **Recupero**

□ **Astensione facoltativa 1ºanno di vita del bambino** □ **Malattia del bambino di età inferiore ai 3 anni**

 **altro caso previsto dalla normativa vigente**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□**PERMESSI BREVI** - giorno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dalle \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alle\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ASPETTATIVA PER MOTIVI DI FAMIGLIA O STUDIO per giorni\_\_\_\_\_\_ dal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_al\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ Documenti allegati: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CAPACCIO lì, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ SI AUTORIZZA □ SI AUTORIZZA

□ NON SI AUTORIZZA □ NON SI AUTORIZZA

 IL DSGA

Angela CERVO **Il Dirigente Scolastico**

 **Dott.ssa Silvana Pepe**