

Il/ La sottoscritto/a _____ in qualità di _____
in servizio a tempo indeterminato/determinato presso questa Istituzione Scolastica

CHIEDE

alla S.V. di poter usufruire per gg. _____ dal _____ al _____ per

FERIE a.s. precedente a.s. corrente

FESTIVITA' SOPPRESSE (prevista dalla legge 23/12/97 n.°937)

RECUPERO FLESSIBILITA' ORARIA

PERMESSO RETRIBUITO

- Concorsi / esami
- Matrimonio
- Mot. Personali / familiari
- Lutto
- Diritto allo studio
- Legge 104/92
- Sindacale
- Donatori di sangue
- Mandato presso enti locali, giudice popolare, uffici elettorali
- Dottorato di ricerca
- Attività artistiche e sportive

MALATTIA

VISITA MEDICO SPECIALISTICA

MATERNITA'

- Interdizione complicanze gestazione
- Congedo per maternità
- Congedo parentale
 1. malattia bambino fino a 3 anni
 2. malattia bambino dai 3 anni agli 8 anni

aspettativa motivi di famiglia

altro caso previsto dalla normativa vigente _____

Civita Castellana lì _____

Con osservanza

-
-
- si concede
 non si concede

IL D.S.G.A.
Carla Ferrelli

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof. Franco CHERICONI