

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
(Cognome e Nome) (qualifica)

in servizio presso codesto Istituto nel corrente a.s. con contratto a tempo \_\_\_\_\_  
(indeterminato/determinato)

**CHIEDE**

alla S.V. di poter usufruire per il periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ di complessivi n° \_\_\_\_\_ giorni di:

<input type="checkbox"/> <b>FERIE</b>	<input type="radio"/> relative al corrente A.S. 2017/18	<input type="radio"/> maturate e non godute nel precedente A.S.
<b>FESTIVITA' SOPPRESSE DALLA LEGGGE 23/12/1977, n° 937</b>		
<input type="checkbox"/> <b>MALATTIA Lg. 133/08</b> (consegnare la certificazione medica con codice ASL entro <b>TRE</b> giorni dall'evento)	<input type="checkbox"/> <b>VISITA MEDICA SPECIALISTICA</b> <small>(specificare per permettere alla Segreteria di effettuare la visita fiscale obbligatoria Lg 133/08- al termine della visita farsi rilasciare certificazione ASL dell'avvenuta prestazione con orario di entrata ed uscita)</small> <b>Luogo</b> _____  <b>Ora visita specialistica</b> dalle _____ alle _____	
<input type="checkbox"/> <b>PERMESSO RETRIBUITO</b> (allegare autocertificazione)	<input type="radio"/> partecipazione a concorso/esame <input type="radio"/> lutto familiare <input type="radio"/> motivi familiari/personali <input type="radio"/> matrimonio	
<input type="checkbox"/> <b>MATERNITA'</b>	<input type="radio"/> interdizione per gravi complicanze della gestazione <input type="radio"/> astensione obbligatoria <input type="radio"/> astensione facoltativa (L.1204/71, art. 17 comma 1e art.17) <input type="radio"/> malattia del figlio (nome + età) .....(*) (**) <input type="radio"/> congedo parentale art.....specificare..... (**)	
<input type="checkbox"/> <b>ASPETTATIVA PER MOTIVI DI FAMIGLIA/STUDIO</b> (allegare autocertificazione)	altro caso previsto dalla normativa vigente (**)	

**ESCLUSIVAMENTE PER PERSONALE DOCENTE**

PLESSO \_\_\_\_\_  **Infanzia**  **Primaria**  **Sc. Sec. I Grado**

**ORARIO DI ASSENZA PRIMO GIORNO segnalare le compresenze** **CLASSE / SEZ.**


**Note:**

Il sottoscritto dichiara che nel predetto periodo sarà reperibile al seguente indirizzo:

\_\_\_\_\_ (località, via o piazza, n° civico e n° di telefono)

Imperia, \_\_\_\_\_ (data)

\_\_\_\_\_ (firma dipendente)

**NOTE DEL DIRIGENTE SCOLASTICO**

**VISTO**

\_\_\_\_\_ Il Dirigente Scolastico  
Prof. G. ALLEGRO