

Il/La sottoscritt _____, in qualità di Docente / A.T.A.
con incarico a tempo: Indeterminato; Determinato (annuale); Determinato (al termine delle attività didattiche);
 Determinato (temporaneo) - chiede/comunica di fruire dal _____ al _____ di complessivi giorni _____ per

<input type="checkbox"/>	SALUTE	<input type="checkbox"/> Visita specialistica <input type="checkbox"/> Ricovero ospedaliero <input type="checkbox"/> Day Hospital <input type="checkbox"/> Analisi cliniche	<input type="checkbox"/> Si riserva di allegare _____ _____
<input type="checkbox"/>	FERIE	<input type="checkbox"/> Corrente anno scolastico <input type="checkbox"/> Precedente anno scolastico <input type="checkbox"/> Per motivi personali/familiari <input type="checkbox"/> Con sostituzione senza oneri amm.ne	<input type="checkbox"/> Dichiarazione a margine (*) <input type="checkbox"/> Documenti allegati _____ <input type="checkbox"/> Prospetto di sostituzione allegato
<input type="checkbox"/>	FESTIVITÀ SOPPRESSE		
<input type="checkbox"/>	PERMESSO	<input type="checkbox"/> Concorsi/esami <input type="checkbox"/> Motivi personali/familiari <input type="checkbox"/> Matrimonio <input type="checkbox"/> Lutto <input type="checkbox"/> Corso di aggiornamento	Motivi dichiarati (*) e/o documentati)
<input type="checkbox"/>	PERMESSO BREVE	Dalle ore __: __ alle ore __: __ Totale: _____	
<input type="checkbox"/>	PERMESSO STUDIO 150 ORE	Dalle ore __: __ alle ore __: __ Totale: _____	
<input type="checkbox"/>	PERMESSO RSU	Dalle ore __: __ alle ore __: __ Totale: _____	
<input type="checkbox"/>	ASPETTATIVA	<input type="checkbox"/> Per motivi di studio <input type="checkbox"/> Per motivi personali <input type="checkbox"/> Per motivi di famiglia <input type="checkbox"/> Per motivi di lavoro	
<input type="checkbox"/>	ASSENZA	<input type="checkbox"/> Collegio Docenti <input type="checkbox"/> Consigli di classe <input type="checkbox"/> Scrutini <input type="checkbox"/> GLO <input type="checkbox"/> Colloqui scuola – Famiglia <input type="checkbox"/> Riunione _____	<input type="checkbox"/> Allegata documentazione
<input type="checkbox"/>	ASTENSIONE OBBLIGATORIA / INTERDIZIONE ANTICIP. DAL LAVORO PER GRAVI COMPLICAZIONI DELLA GRAVIDANZA		<input type="checkbox"/> Allegata certificazione medica <input type="checkbox"/> Allegata documentazione
<input type="checkbox"/>	CONGEDI PARENTALI	<input type="checkbox"/> Malattia nel 1° <input type="checkbox"/> 2° <input type="checkbox"/> 3° <input type="checkbox"/> anno di vita del bambino. <input type="checkbox"/> Malattia nei primi 3 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> anni di vita del bambino <input type="checkbox"/> Altro caso previsto dalla legge	<input type="checkbox"/> Allegata certificazione medica <input type="checkbox"/> Allegata documentazione
<input type="checkbox"/>	L. 104/92		<input type="checkbox"/> Allegata documentazione
<input type="checkbox"/>	ALTRO CASO PREVISTO DALLA NORMATIVA VIGENTE		

Il/La sottoscritt_ dichiara (*) _____

Fiuggi, lì _____

Firma _____

Si concede Non si concede

Il Dirigente Scolastico
Dott. Ing. Cozzolino Francesco