

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ via/piazza/n. civico \_\_\_\_\_

Contatti : Tel/cell. \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_

Docente a  T.I.  T.D. ATA a.  T.I  T.D.**CHIEDE**

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

Per la seguente tipologia:

<input type="checkbox"/> ferie relative al corrente a. s.		<input type="checkbox"/> ferie residue ( <i>solo per il personale ATA</i> )		
<input type="checkbox"/> festività soppresse previste dalla L. 23/12/1977, n° 937		<input type="checkbox"/> altro:		
<input type="checkbox"/> permesso retribuito per i seguenti motivi familiari o personali:				
<input type="checkbox"/> permesso retribuito* per <input type="checkbox"/> partecipazione a concorso/esame <input type="checkbox"/> studio <input type="checkbox"/> matrimonio <input type="checkbox"/> lutto familiare				
<input type="checkbox"/> malattia**	<input type="checkbox"/> visita specialistica**	<input type="checkbox"/> analisi cliniche**	<input type="checkbox"/> day hospital**	<input type="checkbox"/> ricovero**
<input type="checkbox"/> maternità** <input type="checkbox"/> interdizione per gravi complicanze/ gestazione <input type="checkbox"/> astensione obbligatoria: gravidanza o puerperio				
<input type="checkbox"/> congedo per malattia del figlio <input type="checkbox"/> congedo parentale		<input type="checkbox"/> recupero compensativo ( <i>solo per il personale ATA</i> )		

(\*) *allegare documentazione giustificativa*(\*\*) *allegare certificazione medica; in caso di malattia la trasmissione del modello dev'essere preceduta da comunicazione telefonica da effettuarsi entro le ore 8.00 all'ufficio di segreteria al fine di provvedere in tempo reale alla copertura delle classi/servizio ai piani;***Per il personale docente** (I docenti individuati devono apporre la firma autografa per accettazione)

<input type="checkbox"/> ferie senza aggravio per l'erario – sostituito secondo il seguente quadro delle sostituzioni:	
nome a stampatello del docente che sostituisce	Firma autografa del docente che sostituisce
I ora sostituito/a da	
II ora sostituito/a da	
III ora sostituito/a da	
IV ora sostituito/a da	
V ora sostituito/a da	
VI ora sostituito/a da	

(\*) Si allega la seguente certificazione: \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

**Firma del dipendente**

<b>Si esprime parere favorevole</b>	<b>Si autorizza</b>
Il Direttore dei SGA Dott.sa Daniela De Pasquale	Il Dirigente Scolastico Prof.ssa Giovanna De Francesco