

## RICHIESTA ASSENZE

*Al Dirigente Scolastico dell'Istituto Comprensivo "VELLETRI CENTRO"*

*Viale Oberdan, 1 00049 Velletri (RM)*

*C.M. RMIC8F9002 - Tel.06/9625522 - Fax 06/9628320*

\_\_1\_\_ sottoscritt\_\_ \_\_\_\_\_

**POSIZIONE GIURIDICA:**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> <b>Docente</b> | <input type="checkbox"/> A Tempo Indeterminato           |
| <input type="checkbox"/> <b>A.T.A.</b>  | <input type="checkbox"/> A Tempo Determinato (CSA)       |
|   | <input type="checkbox"/> A Tempo Determinato (Dir.Scol.) |

Chiede di poter usufruire per gg. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> <b>Ferie</b>                        | <input type="checkbox"/> relative al corrente A.S. _____                 |
|  | <input type="checkbox"/> maturate e non godute nel precedente A.S. _____ |
| <input type="checkbox"/> <b>Recupero Festività Soppresse</b> |  |
| <input type="checkbox"/> <b>Permesso retribuito</b>          | <input type="checkbox"/> partecipazione a concorso/esame                 |
|  | <input type="checkbox"/> lutto familiare                                 |
|  | <input type="checkbox"/> motivi personali / familiari                    |
|  | <input type="checkbox"/> Legge 104                                       |
|  | <input type="checkbox"/> matrimonio                                      |
|  | <input type="checkbox"/> altro _____                                     |

Dichiara di aver usufruito di n. \_\_\_\_\_ giorni di permesso retribuito durante il presente anno scolastico.

- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> <b>Assenza per malattia</b>  |
| <input type="checkbox"/> <b>Astensione obbligatoria per maternità</b>                                     |
| <input type="checkbox"/> <b>Astensione facoltativa per maternità</b>                                      |
| <input type="checkbox"/> <b>Astensione facoltativa per malattia del figlio di età inferiore ai 3 anni</b> |
| <input type="checkbox"/> <b>Congedo Parentale (Legge 1204)</b>  |
| <input type="checkbox"/> <b>Altro</b> _____   |

**DOCUMENTAZIONE:**

- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> Allega certificato medico                                      |
| <input type="checkbox"/> Si riserva di presentare attestato di partecipazione all'esame |
| <input type="checkbox"/> Allega _____   |

**Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, il dipendente dichiara sotto la sua responsabilità che la visita si può effettuare solo di mattina.**

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

*Visto: Il Direttore dei Servizi Generali ed Amm-vi*  
*Rag. Franca Di Stasio*

*Visto: Il Dirigente Scolastico*  
*Prof: ssa Antonella Isopi*