

PERSONALE DOCENTE

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
I.T.I.S. "Tito Sarrocchi"
S E D E

Il sottoscritto _____ nato/a a _____

il _____ in servizio presso codesto Istituto in qualità di _____

con contratto a tempo INDETERMINATO / DETERMINATO

CHIEDE

di potersi assentare dal servizio per gg. _____ dal _____ al _____ per i seguenti motivi:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> PERM. RETRIB. LUTTO FAMILIARE (max 3 gg. Per evento) | <input type="checkbox"/> CONGEDO PARENTALE |
| <input type="checkbox"/> PERM. RETRIB. PARTECIP. CONCORSI E ESAMI (A.T.I.) | <input type="checkbox"/> PERMESSO MALATTIA BAMBINO >1 ANNO < 3 ANNI |
| <input type="checkbox"/> PERM. RETRIB. MOTIVI FAM. O PERS. (max 3 gg.) (A.T.I.) | <input type="checkbox"/> PERM. NON RETRIB. MALATTIA BAMBINO >3 ANNO < 8 ANNI |
| <input type="checkbox"/> PERM. NON RETRIB. MOTIVI FAM. O PERS. (max 3 gg.) (A.T.D.) | <input type="checkbox"/> ASPETTATIVA PER MOTIVI DI FAMIGLIA |
| <input type="checkbox"/> PERM. NON RETRIB. PARTECIP. CONCORSI E ESAMI (A.T.D.) | <input type="checkbox"/> PERMESSO PER MANDATO AMMINISTRATIVO L.816/85 ART. |
| <input type="checkbox"/> PERMESSO RETRIBUITO PER AGGIORNAMENTO (max 5 gg.) | <input type="checkbox"/> PERMESSO RETRIBUITO PER MATRIMONIO |
| <input type="checkbox"/> DONAZIONE SANGUE | <input type="checkbox"/> PERMESSO RETRIBUITO PER TESTIMONIANZA TRIBUNALE |
| <input type="checkbox"/> ALTRO CASO PREVISTO DALLA NORMATIVA VIGENTE | <input type="checkbox"/> |

Allega documento giustificativo o autocertificazione.

Data

Firma

Visto si concede/non si concede

Annotazioni _____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
(Prof.ssa Emanuela Pierguidi)

Motivo della richiesta (da compilare SOLO per permessi "motivi familiari/personali)

