Istituto Comprensivo Corinaldo Prot. n° _____ Data _____ Pos. _____
RISERVATO ALL'UFFICIO

Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo Corinaldo

Il/la sottoscritto/a _____

In servizio presso questo Istituto in qualità di ☐ **INSEGNANTE** ☐ SCUOLA INFANZIA ☐ SCUOLA PRIMARIA
☐ **DOCENTE** SCUOLA SECONDARIA DI I° GRADO

CHIEDE

che gli/le venga concesso un periodo di:

☐ Assenza per malattia ☐ Visita specialistica/accertamenti clinici ☐ Day hospital ☐ Ricovero ospedaliero ☐ Convalescenza post -ricovero ospedaliero ☐ Grave patologia	☐ Infortunio sul lavoro ☐ Permesso retribuito CCNL art. 15 per: comma 1: ☐ concorsi (gg. 8 all'anno) ☐ lutto (gg. 3 ad evento) comma 2: ☐ motivi personali/familiari(gg. 3 all'anno) ☐ FERIE durante att. did. (gg.6 all'anno) comma 3: ☐ matrimonio (gg. 15 consecutivi) comma 7: ☐ altro _____ (specificare)
☐ Permesso accompagnatore portatore di handicap (L. 104/92)	☐ Permesso portatore di handicap (L. 104/92)
☐ Ferie a.s. _____	☐ Recupero festività soppresse (Legge 937/77)
☐ Recupero ore eccedenti già svolte	
☐ Aspettativa per motivi di famiglia (senza assegni)	☐ Aspettativa per motivi di studio

dal _____ al _____ per gg. _____

dal _____ al _____ per gg. _____

dal _____ al _____ per gg. _____

per motivi di: _____

allega: _____

recapito: _____

Corinaldo, _____ FIRMA

_____

****

Istituto Comprensivo Corinaldo

Vista l'istanza di cui sopra e la documentazione allegata, si concede quanto richiesto con diritto alla seguente retribuzione: ☐ assegni interi gg. _____ ☐ assegni ridotti al _____ % gg. _____ ☐ senza assegni gg. _____

Motivi dell'eventuale diniego: _____

Corinaldo, _____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Dott. Simone Ceresoni