



Istituto Comprensivo Statale " S. QUASIMODO "
 Piazza 1° Maggio - 80020 Crispano (NA)
 Tel. **081/ 8348417** Fax **081/ 8363654**

E-MAIL: naic88100n@istruzione.it - **Sito Web:** www.icsquasimodocrispano.it

Al Dirigente Scolastico
 Dell'Istituto Comprensivo "Quasimodo"
 Crispano

....I..... sottoscritto/a

nato/a il/...../.....

in servizio presso questa istituzione scolastica in qualità di docente di scuola

con contratto a TEMPO DETERMINATO TEMPO INDETERMINATO

CHIEDE

Alla S.V. la concessione di n° giorni di assenza dal/...../..... al/...../.....

per motivi

- Permesso retribuito art. 15 comma 2 (*)**
- Ferie Anno Scolastico**/.....
- Recupero festività soppressa**
- Ferie anticipate art. 19 comma 2**
- Lutto (*)**
- Permesso di Legge 104/92**
- Assenza per malattia/Visita specialistica (*)**
- Assenza per ricovero ospedaliero Day/Hospital – Day/Surgery (*)**
- Assenza per infortunio sul lavoro (*)**
- Assenza per grave patologia**
- Astensione dal lavoro per donatore di sangue (*)**
- Adempimento di funzione di giudice popolare o testimone in processi civili e penali (*)**
- Congedo parentale per il minore** nato il/...../..... a
- Assenza per malattia del bambino** nato il/...../..... a (*)
- Partecipazione a concorsi ed esami (*)**
- Esonero per partecipazione a corsi di aggiornamento e formazione (*)**
- Recupero compensativo per servizio svolto**
- Permesso studio del giorno**// dalle ore alle ore per un totale di n° ore (*)

(*) Obbligo di presentazione del giustificativo dell'assenza.

Crispano li

Firma

.....

Visto della Dirigente Scolastica
 (Prof.ssa Gilberta Materazzo)

- Si concede
- Non si concede