***Al Dirigente Scolastico***

***I.I.S. “CENNI-MARCONI”***

***Vallo della Lucania (SA)***

Il/La sottoscritta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

qualifica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in servizio presso codesto Istituto nell’A.S. 2023/2024

con contratto a tempo 🞎 determinato 🞎 indeterminato

**CHIEDE**

alla S.V. di poter usufruire per il periodo:

dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di complessivi n° \_\_\_\_\_\_ giorni di:

🞎 MALATTIA (\*\*) 🞎 visita specialistica (\*\*\*) analisi cliniche 🞎 ricovero ospedaliero (\*\*) 🞎 causa servizio (\*\*)

🞎 PARTECIPAZIONE CONCORSO–ESAMI (\*)

🞎 LUTTO FAMILIARE (\*)

🞎 MOTIVI PERSONALI - FAMILIARI *devono essere documentati* (\*) *o autocertificati - giorni già goduti* 🞎 0 🞎 1 🞎 2

🞎 PERMESSO ORARIO PER PARTICOLARI MOTIVI PERSONALI O FAMILIARI (ai sensi art. 73 del CCNL 2016/2018)

🞎 MATRIMONIO CHE AVVERRÀ IL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\*)

🞎 ASPETTATIVA per motivi di: (ai sensi dell’art. 18 del CCNL 2006/2009) 🞎 famiglia 🞎 lavoro 🞎 studio

🞎 FERIE - 🞎 anno scolastico corrente 🞎 anno scolastico precedente (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

🞎 FERIE - 🞎 anno scolastico art.13 comma 9 CCNL *- giorni già goduti* 🞎 0 🞎 1 🞎 2 🞎 3 🞎 4 🞎 5

🞎 FESTIVITA’ SOPPRESSE (Personale Docente durante il periodo di sospensione delle lezioni)

🞎 INFORTUNIO (\*\*)

🞎 LEGGE 104/92 - giorni già goduti nel mese🞎 0 🞎 1 🞎 2

🞎 ALTRO CASO PREVISTO DALLA NORMA VIGENTE (\*\*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

🞎 RECUPERO

IL/LA SOTTOSCRITT\_\_ DICHIARA CHE NEL PREDETTO PERIODO SARA’ REPERIBILE AL SEGUENTE INDIRIZZO

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(località, via o piazza, n° civico e n° di telefono)

Vallo della Lucania \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(\*\*) allego/allegherò certificazione medica

(\*) allego/allegherò documentazione giustificativa

(\*\*\*) allego/ allegherò richiesta medico di base e documentazione giustificativa

SOLO PER IL PERSONALE ATA LA D.S.G.A.

Parere 🞎 favorevole Dott.ssa Filomena Feola

 🞎 non favorevole

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vista la domanda IL DIRIGENTE SCOLASTICO

🞎 si concede Prof. Nicola Iavarone

🞎 non si concede