

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
IC CASTIGLIONE-CAMUGNANO-SAN BENEDETTO

__l__ sottoscritt_ _____

in servizio presso _____

in qualità di _____ con contratto TI/TD

CHIEDE

Di potersi assentare dal servizio dal _____ al _____ fruendo:

- Di giorni _____ di **MALATTIA** come da allegato certificato medico;
- Di giorni _____ di **PERMESSO RETRIBUITO** per:
 - **motivi per./fam.**
 - **visite mediche, accertamenti diagnostici, ecc...**
(riportare l'attestazione con orari entrata e uscita o autocertificazione sostitutiva atto notorio)
 - **concorsi/esami**
 - **lutto**
 - **Diritto allo studio** (data..... ore.....data.....ore.....)
(specificare frequenza - studio)
 - **matrimonio**
 - **altro**
- Di giorni _____ di **PERMESSO NON RETRIBUITO** (art.19 CCNL personale a tempo determinato) per _____
- Di giorni _____ di **ASPETTATIVA PER MOTIVI DI FAMIGLIA/STUDIO** (art.18 CCNL)

Allega la seguente documentazione

Recapito durante l'assenza

Data_____

Firma_____

Castiglione dei Pepoli li, _____

Visto: si concede il Dirigente Scolastico
Paolo Calusi