

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_  
(Cognome e Nome) (qualifica)

in servizio presso codesto Istituto nel corrente A.S. con contratto a tempo \_\_\_\_\_  
(indeterminato/determinato)

**CHIEDE**

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

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

<input type="checkbox"/> ferie	<input type="checkbox"/> relative al corrente A.S. <input type="checkbox"/> maturate e non godute nel precedente A.S.
<input type="checkbox"/> festività sopresse previste dalla legge 23/12/1977, n° 937	
<input type="checkbox"/> recupero	<input type="checkbox"/> partecipazione a concorso/esame <input type="checkbox"/> diritto allo studio <input type="checkbox"/> corso di aggiornamento <input type="checkbox"/> donatori di sangue <input type="checkbox"/> lutto familiare <input type="checkbox"/> motivi familiari/personali <input type="checkbox"/> matrimonio <input type="checkbox"/> componenti dei seggi elettorali <input type="checkbox"/> legge 104/92 : <input type="checkbox"/> personale <input type="checkbox"/> per assistenza familiare
<input type="checkbox"/> maternità	<input type="checkbox"/> interdizione per gravi complicanze della gestazione (*) <input type="checkbox"/> astensione obbligatoria (*) <input type="checkbox"/> congedo parentale per bambino fino ai 3 anni (anche per i papà) <input type="checkbox"/> congedo per malattia del bambino (anche per i papà)
<input type="checkbox"/> malattia (*)	<input type="checkbox"/> grave patologia <input type="checkbox"/> causa di servizio
<input type="checkbox"/> aspettativa per motivi di famiglia/studio	
<input type="checkbox"/> altro caso previsto dalla normativa vigente (*)	

> Il sottoscritto dichiara che nel predetto periodo sarà reperibile al seguente indirizzo:

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

San Cipriano d'Aversa,

(data)

\_\_\_\_\_  
(firma del dipendente)

(\*) allegare documentazione giustificativa

(\*\*) allegare certificazione medica

**RISERVATO ALLA SEGRETERIA**

Protocollo n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ Decreto n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Il dipendente ha già usufruito di complessivi n° \_\_\_\_\_ giorni di \_\_\_\_\_

Nel corso:  del corrente A.S.  del precedente A.S.  del triennio

documentazione giustificativa allegata: \_\_\_\_\_

certificazione medica allegata: \_\_\_\_\_

(Il Direttore dei Servizi G. A.)

si concede

non si concede

\_\_\_\_\_  
(Il Dirigente Scolastico)