

Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo
LARIANO

Il sottoscritt _____, nat a _____
il ____/____/____ ed in servizio presso codesto Istituto – Plesso _____
in qualità di **DOCENTE** - **NON DOCENTE** incaricato a tempo Indeterminato/Determinato

C H I E D E

La concessione di gg. ____ di assenza dal ____/____/____ al ____/____/____

Per motivi di Salute

Permesso Retribuito

Studio/Ricerca
 Partecipazione Concorso/Esame
 Lutto familiare
 Matrimonio

Ferie

Relative al corrente A/S ____/____
 Non godute precedente anno

Recupero festività soppresse

Recupero Straordinario (solo personale A.T.A.)

Altro _____

A tal fine allega alla presente: _____

Lariano, li ____/____/20__

FIRMA _____

Specificare orario di servizio _____

RECAPITO: Via _____ n° _____ Città _____

Telef. _____ in alternativa: _____

ASL di competenza _____ Tel. n° _____

VISTO SI CONCEDE

Clacap

Il Dirigente