

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

in servizio presso codesta Scuola in qualità di \_\_\_\_\_ PRESSO ☐ BOSCO  
☐ GIOVANNI XXIII  
☐ CAPPUCCINI  
☐ COLLODI  
☐ REPUBBLICA  
☐ S.M.S "L.DAVINCI"

con contratto ☐ a tempo indeterminato  
☐ a tempo determinato

**CHIEDE**

alla S.V. di assentarsi per gg. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per:  
alla S.V. di assentarsi per gg. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per:  
alla S.V. di assentarsi per gg. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per:  
alla S.V. di assentarsi per gg. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per:  
alla S.V. di assentarsi per gg. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per:  
alla S.V. di assentarsi per gg. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per:  
alla S.V. di assentarsi per gg. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per:

- ☐ ferie (ai sensi del C.C.N.L. vigente) ☐ a.s. precedente - ☐ a.s. corrente  
☐ festività sopresse (previste dalla legge 23/12/1977, n° 937)  
☐ recupero  
☐ malattia (ai sensi del C.C.N.L. vigente)  
☐ visita specialistica - ☐ ricovero ospedaliero - ☐ analisi cliniche  
☐ permesso retribuito (ai sensi del C.C.N.L. vigente)  
☐ concorsi - ☐ esami - ☐ motivi personali/familiari - ☐ lutto  
☐ maternità  
☐ interdiz. compl. gestazione ☐ astensione obbligatoria ☐ astens. facoltativa ☐ puerperio  
☐ aspettativa per motivi di famiglia/studio  
☐ legge 104/92  
☐ altro caso previsto dalla normativa vigente: \_\_\_\_\_

Durante il periodo di assenza il sottoscritto sarà domiciliato in \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

• ALLEGATI (Documenti Giustificativi)

Ceglie Messapica li, \_\_\_\_\_

☐ Si esprime parere favorevole

Il D.S.G.A.

Visto:

- ☐ Si concede  
☐ Non si concede

Il Dirigente Scolastico  
(Prof. Pietro FEDERICO)