ISTITUTO COMPRENSIVO SASSUOLO 1 CENTRO EST
Via Mazzini n°62 Sassuolo Modena
Tel. 0536 – 880501 fax 0536 – 880511
e Mail: moic83000c@istruzione.it

ALLA DIRIGENTE SCOLASTICA

Il/la sottoscritto/a_____

in servizio presso_____in qualità di_____

C H I E D E

alla S.V. di assentarsi per gg._____ dal _____ al _____ per:

☐ **ferie** *(ai sensi dell'art. 13 del C.C.N.L. 2006/2009)* ☐ a.s. corrente

☐ **festività soppresse** *(previste dalla legge 23/12/1977, n° 937)*

☐ **malattia** *(ai sensi dell'art. 17 del C.C.N.L. 2006/2009)* -
☐ inabilità temporanea ☐ visita specialistica - ☐ ricovero ospedaliero – ☐ analisi cliniche
☐ altro……

☐ **permesso retribuito** *(ai sensi dell'art. 15 del C.C.N.L. 2006/2009)*
☐ concorsi/esami - ☐ motivi personali/familiari - ☐ lutto ☐ altro…….

☐ **maternità**
☐ interdiz. compl.gestazione ☐ astensione obbligatoria ☐ astensione facoltativa ☐ puerperio

☐ **aspettativa** per motivi di (*ai sensi dell'art18 del CCNL 2006/2009*)
☐ famiglia - ☐ studio - ☐ personali - ☐ lavoro

☐ **legge 104/92 – giorni già goduti nel mese :** ☐1 - ☐ 2 - ☐ 3

☐ **altro** caso previsto dalla normativa vigente: _____

☐ **permesso breve(massimo 2 ore)** (*C.C.N.L 2006/2009 art 16 c.1,2,3,4,5*) : per il giorno _____dalle ore _____ alle ore _____ per un totale di ore _____ da recuperare il giorno _____ dalle ore_____ alle ore _____
Nelle ore suddette .
☐ Verrà sostituito dai colleghi di Equipe /classe (indicare nome/i)……..
…….
☐ La classe è coperta essendoci compresenza

Durante il periodo di assenza il/la sottoscritto/a sarà domiciliato in _____

via _____n°_____ tel. _____

- **SI ALLEGA** _____

Sassuolo_____ Con Osservanza

_____

<<