AL SIG. DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL'I.I.S.S. "L. EINAUDI"
C A N O S A

___l____ sottoscritt ___ _____, in servizio presso codesto Istituto in qualità di _____ assunto con contratto a tempo _____ **CHIEDE** di potersi assentare per il seguente motivo:

- FERIE a.s. 20 _____/20 _____ per giorni _____ dal _____ al _____

- FESTIVITA' SOPPRESSE – A.S. 20 ____/20 ____ giorni _____ dal _____al _____

- **ASSENZA PER MALATTIA** per giorni _____ dal _____ al _____

ASL di appartenenza n° _____ di _____

- dichiaro di essere dispost ___ a presentarmi in ambulatorio;
- chiedo di essere sottoposto ___ a visita medico-fiscale presso il seguente indirizzo: _____
- faccio presente che sarò assente dal mio recapito per sottopormi a visita e cure ambulatoriali nei giorni e agli orari seguenti: _____
- chiedo di essere preavvisat _____ del giorno e dell'ora del controllo, intendendo farmi assistere a mie spese, da un medico di fiducia;

- **PERMESSO RETRIBUITO** per giorni ____ dal _____ al _____

1. **Partecipazione a concorsi ed esami**
2. **Lutto**
3. **Motivi personali e familiari**
4. **Matrimonio**
5. **Art. 21 comma 3 L. 104/92**
6. **Art. 33 comma 3 L. 104/92**
7. **Astensione obbligatoria**
8. **Complicanze della gestazione**
9. **Astensione facoltativa 1° anno di vita del bambino**
10. **Infermità del bambino di età inferiore ai 3 anni**
11. _____

- RECUPERO – per giorni _____ dal _____ al _____

- PERMESSI BREVI - giorno _____ ore _____ dalle _____ alle _____

- ASPETTATIVA PER MOTIVI DI FAMIGLIA O STUDIO per giorni ___ dal _____ al_____

DOCUMENTI ALLEGATI _____

_____

Canosa di Puglia, _____

Vista la domanda,

[ ] Si autorizza

[ ] Non si autorizza

FIRMA

_____