

Il sottoscritto

(Nome, Cognome e qualifica)

in servizio presso codesto Istituto nel corrente A.S. con contratto a tempo determinato indeterminato

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"/> ferie in attività didattica (*)	<input type="checkbox"/> maturate e non godute nel precedente A.S.
<input type="checkbox"/> festività soppresse previste dalla legge 23/12/1977, n° 937	
<input type="checkbox"/> recupero ore <input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> permesso retribuito per (**)	<input type="checkbox"/> partecipazione a concorso/esame
	<input type="checkbox"/> lutto familiare
	<input type="checkbox"/> motivi familiari/personali
	<input type="checkbox"/> matrimonio
<input type="checkbox"/> maternità	<input type="checkbox"/> interdizione per gravi complicanze della gestazione (*)
	<input type="checkbox"/> astensione obbligatoria (*)
	<input type="checkbox"/> astensione facoltativa (L.1204/71, art. 7 comma 1°) (*)
	<input type="checkbox"/> astensione facoltativa (L.1204/71, art. 7 comma 2°) (*)
<input type="checkbox"/> malattia (*) PROT. CERT. <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> visita specialistica (**)
<input type="checkbox"/> legge 104 / 92	<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)

Le informazioni sul trattamento dei suoi dati personali esercitato dall'Istituto e le modalità per l'esercizio dei suoi diritti sono disponibili all'indirizzo:

<https://www.isiss-magarotto.edu.it/privacy.html>

 , / /

(luogo e data)

(firma del dipendente)

(*) allegare documentazione giustificativa (certificato medico, autocertificazione, documenti giustificativi, etc..)

(**) allegare: autocertificazione, giustificativo della visita/esami, certificato del medico curante.

RISERVATO ALLA SEGRETERIA

La presente è pervenuta in data a mezzo

Il dipendente ha già usufruito di complessivi n° giorni/ore di

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

Il dipendente ha a disposizione complessivi n° giorni/ore di

del corrente A.S. del precedente A.S. del triennio

documentazione giustificativa allegata:

certificazione medica allegata:

(l'Assistente Amministrativo addetto al controllo)

(Il Direttore dei Servizi G. A.)

NOTE DEL DIRIGENTE SCOLASTICO

VISTO:

si concede

non si concede

Dirigente Scolastico – Rettore