Al Dirigente Scolastico dell'Istituto Comprensivo Castel Gandolfo - Via Ugo La Malfa, 3
00073 Castel Gandolfo (RM) ☎ 06.9361285

_l_ sottoscritt_ _____

POSIZIONE GIURIDICA: ☐ **Docente** ☐ A tempo indeterminato
☐ A tempo determinato (U.S.P. di Roma)
☐ A tempo determinato (Dir. Scolastico)

- -

Chiede di poter usufruire: per gg. _____ dal _____ al _____

☐ Ferie
- ☐ relative al corrente A.S. _____
- ☐ maturate e non godute nel precedente A.S. _____

☐ Recupero Festività Soppresse

☐ Permesso retribuito
- ☐ Legge 104/92 (per coniuge)
- ☐ motivi personali/familiari
- ☐ partecipazione a concorso/esame
- ☐ matrimonio
- ☐ lutto familiare
- ☐ altro _____

** ☐ Assenza per malattia

*** ☐ Visita specialistica /Accertamenti diagnostici ***presso la struttura*** _____ ***dalle*** _____

*** ☐ Day Hospital ***presso la struttura*** _____ ***dalle*** _____

*** ☐ Ricovero ospedaliero

☐ Aspettativa per _____

☐ Astensione _____

☐ Congedo Parentale per _l_ figli_ _____ nat_ il _____ :

- ☐ Permesso 1-3 anni bambino
- ☐ Permesso 3-8 anni bambino
- ☐ Malattia 1-3 anni bambino
- ☐ Malattia 3-8 anni bambino

☐ Altro _____

- -

DOCUMENTAZIONE:

* Permesso retribuito ☐ *Allega documentazione* ☐ *Allega autocertificazione*

** Assenza per malattia ☐ *Allega certificato medico*

*** Accertamenti diagnostici

*** Visita specialistica ☐ *Allega dichiarazione rilasciata dal medico specialista che attesta la data e l'orario della visita e che non era possibile effettuare la visita in orario diverso per esigenze organizzative della struttura medesima.*

- -

Castel Gandolfo lì, _____ Firma _____

==========

Autorizza: Il Dirigente Scolastico
Dott.ssa Riccarda ***GARRA***

_____

(15/10/2015)