

1 sottoscritt_ _____

POSIZIONE GIURIDICA:

A.T.A.

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
 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 1 figli _____ nat_ il _____ :

Permesso 1-3 anni bambino

Malattia 1-3 anni bambino

Permesso 3-8 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 _____

Visto: *Il Direttore S.G.A. Facente Funzione*
Dott.ssa Tiziana Chiacchierini

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