

Al Dirigente Scolastico della
SMS M. Pluchinotta
MODULO DOCENTI

Il/La sottoscritta _____
Cognome e nome _____ qualifica _____

a tempo _____ in servizio presso questo Istituto nel corrente anno scolastico
indeterminato/determinato

chiede di poter usufruire:

per il _____

e dal _____ al _____

di complessivi giorni _____ di

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ferie | <input type="checkbox"/> relative al corrente anno scolastico |
| | <input type="checkbox"/> maturate e non godute nel precedente anno scolastico |
| <input type="checkbox"/> festività previste dalla Legge 23 dicembre 1977, numero 937 | |
| <input type="checkbox"/> permesso retribuito per (*) | <input type="checkbox"/> partecipazione a concorso/esame |
| | <input type="checkbox"/> lutto familiare |
| | <input type="checkbox"/> motivi personali/familiari |
| | <input type="checkbox"/> Matrimonio |
| | <input type="checkbox"/> Partecipazione corsi aggiornamento e formazione |
| <input type="checkbox"/> astensione facoltativa dal lavoro prevista dalla Legge 30 dicembre 1971, numero 1204 (*) | |
| <input type="checkbox"/> astensione dal lavoro prevista dalla Legge 30 dicembre 1971, numero 1204 (**) | |
| <input type="checkbox"/> malattia (**) | <input type="checkbox"/> visita specialistica (**) |
| <input type="checkbox"/> aspettativa per motivi di famiglia/studio (*) | |
| <input type="checkbox"/> altro caso previsto dalla normativa vigente (*) | _____ |
| <input type="checkbox"/> L.104/'92 art.3 comma 3 | |
| <input type="checkbox"/> riposo comp. vo ore _____ | |

Sant'Agata Li Battiati, _____

Firma del dipendente

(*) allegare documentazione giustificativa

(**) allegare certificazione medica

ANNOTAZIONI DEL CAPO D'ISTITUTO

Visto: IL DIRIGENTE
Dott.ssa Linda Piccione