

Al Dirigente Scolastico
dell'I.S.I.S. "Paschini Linussio"
33028 TOLMEZZO (UD)

...../ sottoscritt..... dipendente da questo Istituto Scolastico in
qualità di: Direttore dei Servizi Generali ed Amministrativi T.I. TD
 Assistente Amministrativo /tecnico T.I. TD
 Collaboratore Scolastico T.I. TD

CHIEDE

alla S.V. di poter usufruire di:

<input type="checkbox"/> FERIE il _____ il _____ dal _____ al _____ dal _____ al _____ dal _____ al _____	<input type="checkbox"/> relative al corrente A.S. <input type="checkbox"/> maturate e non godute nel precedente a.s.
<input type="checkbox"/> FESTIVITA' SOPPRESSE previste dalla legge 23/12/1977, n. 937 dal _____ al _____ dal _____ al _____ dal _____ al _____ dal _____ al _____	
<input type="checkbox"/> RECUPERO per ore di servizio prestate in eccedenza al normale orario di lavoro nell'a.s. 16/17 il giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____ il giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____	
<input type="checkbox"/> PERMESSO (*) <input type="checkbox"/> RETRIBUITO <input type="checkbox"/> NON RETRIBUITO PER: il/i giorno/i _____ il/i giorno/i _____ il/i giorno/i _____	<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"/> MATERNITA' <input type="checkbox"/> CONGEDO PARENTALE A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità - che il figlio/a è nato/a il a - che il proprio coniuge, in servizio presso ha - non ha usufruito dello stesso tipo di congedo nei sotto elencati periodi:.....	<input type="checkbox"/> Interdizione per gravi compl. della gestazione <input type="checkbox"/> Astensione obbligatoria <input type="checkbox"/> Astensione facoltativa (L.1204/, art. 7 com 1°) <input type="checkbox"/> Astensione facoltativa (L.1204/, art. 7 com 2°) <input type="checkbox"/> Malattia del figlio entro 3 anni <input type="checkbox"/> Malattia del figlio dai 3 agli 8 anni
<input type="checkbox"/> MALATTIA (**): DAL _____ AL _____ <input type="checkbox"/> Il dipendente comunica per la reperibilità il seguente indirizzo e A.S.S. dove richiedere la visita fiscale: _____ _____	<input type="checkbox"/> Visita specialistica <input type="checkbox"/> Ricovero ospedaliero <input type="checkbox"/> Analisi cliniche (specificare) _____ <input type="checkbox"/> Ricovero ospedaliero <input type="checkbox"/> Donazione sangue
<input type="checkbox"/> ASPETTATIVA PER MOTIVI DI: DAL _____ AL _____ DAL _____ AL _____	<input type="checkbox"/> Famiglia <input type="checkbox"/> Studio
<input type="checkbox"/> LEGGE 104/92 DAL _____ AL _____	
<input type="checkbox"/> ALTRO CASO PREVISTO DALLA NORMATIVA VIGENTE (SPECIFICARE)	

* allegare documentazione giustificativa
** allegare docum. medica

DATA _____

FIRMA _____

VISTO SI AUTORIZZA:
IL DIRETTORE DEI S.G.A.

Rosetta ROI

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Lucia CHIAVEGATO