

COMUNICAZIONE ASSENZA

Il/La sottoscritto/a _____ qualifica _____

in servizio presso questo Istituto nel corrente a.s. con contratto a tempo _____ indeterminato _____ determinato _____

CHIEDE

di assentarsi dal servizio per la seguente motivazione:

Assenza per: * Malattia Visita Spec. Ricovero Osp. Grave Patologia Malattia figlio di anni _____

Dal _____ al _____ gg. _____

Assenza per: ** Motivi Pers. o Familiari (**usufruiti gg. _____**) Concorsi /esami
partecipazione a convegno/aggiornamento Studio h _____. (ore usufruite nr. _____)
Lutto Matrimonio

Dal _____ al _____ gg. _____

Maternità :** interdizione per gravi complicanze della gestazione (**)
Congedo parentale (gg. Usufruiti _____) Astensione obbligatoria

Dal _____ al _____ gg. _____

Ferie residue anno scolastico precedente dal _____ al _____ gg. _____

Festività soppresse dal _____ al _____ gg. _____

Ferie anno corrente dal _____ al _____ gg. _____

Legge 104/1992 dal _____ al _____ gg. _____

Giorni già goduti nel mese: 1 2 3
ai sensi dell'art. 24 c.1 L. 4 novembre 2010, n. 183
si dichiara che la persona con handicap non è ricoverata a tempo pieno

Altro caso previsto dalla normativa vigente:

_____ dal _____ al _____ gg. _____

Nel periodo sopra indicato il recapito dello/a scrivente sarà il seguente _____

Tel./Cell. _____ e – mail _____

Roma, _____ firma _____

Viste le esigenze di servizio:

si concede

non si concede

IL D.S.G.A.
Francesco Ermanno Ianni

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Marina Proietti

(*) allegare certificazione

(**) allegare autocertificazione