

Il / la sottoscritto/a _____ in qualità di _____

In servizio presso I.P.S.S.A.R. "G. Maffioli" presso la sede di _____

CHIEDE alla S.V. :

Un periodo di assenza/aspettativa dal _____ al _____ per totale gg _____

Per motivi:

<input type="checkbox"/> Malattia	<input type="checkbox"/> Gravi patologie	<input type="checkbox"/> Famiglia
<input type="checkbox"/> Lutto	<input type="checkbox"/> Donazione sangue	<input type="checkbox"/> L.104
<input type="checkbox"/> Permessi sindacali	<input type="checkbox"/> Mandato amministrativo	<input type="checkbox"/> Funzione c/o seggio
<input type="checkbox"/> Teste in giudizio	<input type="checkbox"/> Aggiornamento	<input type="checkbox"/> Permesso per studio
<input type="checkbox"/> Matrimonio	<input type="checkbox"/> Altro _____	

Dichiara inoltre che nel periodo predetto è domiciliato:

via _____ **nr.** _____ **città** _____

Allegati: certificato medico altro _____

In relazione alla data presunta del parto previsto per il _____

interdizione dal _____ Astensione obbligatoria dal _____

Astensione facoltativa dal _____ al _____

Malattia del figlio inf. 3 anni dal _____ al _____

Malattia del figlio dai 3/8 anni dal _____ al _____

Gravi motivi art. 4 comma 2 L. 53/00 Controlli prenatali

Orario ridotto per allattamento dal _____ al _____

Altro _____

Relativo al figlio/a _____ **nato/a il** _____

Allegati: certificato medico certificato di nascita dichiarazione del coniuge

dichiarazione del datore di lavoro altro _____

Data _____

Firma dipendente

Firma referente reparto/ufficio

.....
 AUTORIZZA

NON AUTORIZZA

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

D.S.G.A.