



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITA' E DELLA RICERCA
I.I.S.S. "CATALDO AGOSTINELLI"
 COMPRESIVO DI: LICEO CLASSICO/SCIENTIFICO – ITC -IPSSS-IPSEOA
 VIA OVIDIO, s.n. - 72013 Ceglie Messapica (BR)
 e-mail BRIS006001@istruzione.it - ☎ Segr. 0831/377890 – Fax 0831/379023
 Codice Meccanografico: BRIS006001 - C.F. 90015850747
 www.istitutoagostinelli.it

***Al Dirigente Scolastico dell'IISS
 "C. Agostinelli"
 Ceglie Messapica***

Oggetto: Richiesta di astensione dal lavoro

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____ IN SERVIZIO PRESSO QUESTO ISTITUTO
 IN QUALITA' DI _____ NEL CORRENTE A.S. CON CONTRATTO A TEMPO _____

CHIEDE

ALLA S.V. DI POTER USUFRUIRE PER IL PERIODO:

DAL _____ AL _____ DI COMPLESSIVI N. ____ GIORNI DI :

- FERIE** RELATIVE AL CORRENTE A.S. _____
 MATURATE E NON GODUTE NEL PRECEDENTE A.S. _____
 - FESTIVITA' PREVISTE DALLA LEGGE 23/12/77 n. 937**
 - PERMESSO RETRIBUITO** (PERSONALE A T. I.) (**)
 - PERMESSO NON RETRIBUITO** (PERSONALE A T. D.)
 - RECUPERO** _____
 - Art. 33 c.7 legge 104/92**
 - MALATTIA (*)** **VISITA SPECIALISTICA** **RICOVERO OSPEDALIERO** **DAY HOSPITAL**
 - PARTECIPAZIONE A CORSI DI AGGIORNAMENTO** (CONVEGNI E CONGRESSI - MAX gg. 5 per a.s. retribuito)
 - MANDATO AMMINISTRATIVO**
- {

 - PARTECIPAZIONE A CONCORSO/ESAMI**
 - LUTTO FAMILIARE**
 - MOTIVI PERSONALI/FAMILIARI**
 - MATRIMONIO**
 - ALTRO** _____

Con Osservanza

Ceglie Messapica, _____

firma del dipendente

RISERVATO ALLA SEGRETERIA DELLA SCUOLA

La presente è pervenuta in data _____ a mezzo _____
 Il dipendente ha già fruito di complessivi n. _____ giorni di _____

Nel corso: del corrente a.s. _____ del precedente a.s. _____ del triennio

documentazione giustificata allegata : _____

certificazione medica allegata: _____

_____ l'assistente amm.vo addetto al controllo

_____ Il Direttore dei Servizi Generali e Amm.vi

(*) **allegare certificazione medica** / (**) **allegare certificazione**

ANNOTAZIONE DEL DIRIGENTE SCOLASTICO

Visto _____
 IL DIRIGENTE SCOLASTICO