

Prot. n. _____

Del _____

**AI DIRIGENTE SCOLASTICO
AI DIRETTORE S.G.A.
SEDE**

Il sottoscritt _____ Cognome _____ Nome _____

in servizio presso codesta istituzione scolastica in qualità di:

DIRETTORE SGA

Ass. Amministrativo

Assistente Tecnico

Collaboratore Scolastico

C H I E D E

Alla S. V. di potersi assentare dal _____ al _____ per
Compressivi gg. _____ per i seguenti motivi:

<input type="checkbox"/> Ferie relative A.S. 201____/201____		
<input type="checkbox"/> Festività soppresse	<input type="checkbox"/> Art.14 C.C.N.L. LETTERA B Legge 937/77	
<input type="checkbox"/> Permesso retribuito	<input type="checkbox"/> Partecipazione esami o concorso	<input type="checkbox"/> Lutto familiare
	<input type="checkbox"/> Motivi Personali o Familiari	<input type="checkbox"/> Matrimonio
<input type="checkbox"/> Recupero Prestaz. Straord. A. S. 201____/201____		
<input type="checkbox"/> Assenza per Malattia	<input type="checkbox"/> Visita Specialistica	
<input type="checkbox"/> Accertamenti clinici	<input type="checkbox"/> Comma 9 (Grave patologia con esclusione computo dei giorni)	
<input type="checkbox"/> Legge 104/92		
<input type="checkbox"/> Congedo parentale	<input type="checkbox"/> Art. 32 D. L. n. 15/2001	<input type="checkbox"/> Art. 11 C.C.N.L. 15/03/2001
<input type="checkbox"/> Mandato Amministrativo	<input type="checkbox"/> L.R. 30/2000	
<input type="checkbox"/> Congedo di Malattia del Bambino	<input type="checkbox"/> Nei primi tre anni di vita	<input type="checkbox"/> Dai tre agli 8 anni di vita
<input type="checkbox"/> Altri Permessi		

Si allega _____

Favara, _____

Visto

Si esprime parere favorevole

Si esprime parere contrario

FIRMA
Il richiedente

FIRMA
Il sostituto

Il Direttore S.G.A.
Biagio Farruggio

Il Dirigente Scolastico
Milena Siracusa

Visto, si concede _____