

___l___ sottoscritt _____

in servizio presso questo Istituto in qualità di *docente* con contratto a tempo determinato/indeterminato

CHIEDE

alla S.V. di assentarsi per gg. _____

dal _____ al _____

dal _____ al _____

dal _____ al _____

per:

ferie anno scolastico precedente anno scolastico corrente

festività soppresse

recupero ore svolte oltre il normale orario di servizio, precisamente nei giorni _____

malattia con certificato del medico curante o della guardia medica

visita specialistica con certificato del medico

analisi cliniche con certificato della struttura ospedaliera

day hospital / day surgery con certificato della struttura ospedaliera

ricovero ospedaliero con certificato della struttura ospedaliera

post ricovero con certificato del medico curante o della guardia medica

permesso retribuito

concorsi esami lutto donazione sangue

motivi personali/familiari per _____
(specificare e dopo la fruizione del permesso consegnare in segreteria l'atto di notorietà)

permesso non retribuito per: _____
(specificare e dopo la fruizione del permesso consegnare in segreteria l'atto di notorietà)

aspettativa per motivi di famiglia/studio

legge 104/92

altro caso previsto dalla normativa vigente: _____

permesso breve: per il giorno _____ dalle ore _____
per un totale di ore _____

Durante il periodo di assenza il sottoscritto sarà domiciliato in _____

Via _____ n. _____ Tel. _____

➤ Si allega _____

_____, _____
(luogo)

(data)

In fede



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITÀ E DELLA RICERCA

**Istituto Professionale di Stato per i Servizi di
Enogastronomia e Ospitalità Alberghiera
"Gaspere Ambrosini"**

Via Che Guevara – 92026 FAVARA (AG)

tel. 0922 429331 – C.F. 93011170847

e-mail agrh02000c@istruzione.it – web www.alberghierofavara.gov.it

Vista la domanda,

si concede

non si concede

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
