Al Capo Istituto Convitto Nazionale

“G. Leopardi” Macerata

Oggetto: **RICHIESTA DI ASTENSIONE DAL LAVORO**

Il/la sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

cognome e nome qualifica

In servizio presso codesto Istituto nel corrente anno scolastico con contratto a tempo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indeterminato/determinato

**Chiede alla S.V. di poter usufruire per il periodo:**

dal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_al\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n.\_\_\_\_\_giorni di:

dal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_al\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n.\_\_\_\_\_giorni di:

dal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_al\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_\_giorni di:

dal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_al\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_\_giorni di:

⃝ ferie ⃝ relative al corrente anno scolastico

⃝ maturate e non godute nel precedente anno scolastico

⃝ festività previste dalla legge 23 dicembre 1997, n. 937

⃝ partecipazione a concorso/esame

⃝ lutto familiare

⃝ permesso retribuito per (\*)

⃝ motivi personali/familiari

⃝ matrimonio

⃝ interdizione per gravi complicanze gestazione (\*\*)

⃝ astensione obbligatoria (\*\*)

⃝ maternità

⃝ astensione facoltativa (L.1204/71, art. 7, comma 1) (\*)

⃝ astensione facoltativa (L.1204/71, art. 7, comma 2) (\*)

⃝ malattia (\*\*)

⃝ aspettativa per motivi famiglia/studio (\*)

⃝ altro caso previsto dalla normativa vigente (\*)

⃝ recupero ore effettuate

⃝ L.104/92

Il/la sottoscritto/a dichiara che nel predetto periodo sarà reperibile al seguente indirizzo:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(località, via o piazza, n.ro civico, n.ro di telefono)

Con osservanza

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del dipendente

**(\*)**  **allegare documentazione giustificativa**

**(\*\*)** **allegare certificazione medica**

**ANNOTAZIONI CAPO D’ISTITUTO**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Il Rettore/Dirigente Scolastico

Roberta Ciampechini

VISTO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_