



MODELLO P03

Alla Dirigente Scolastica

ASSENZA DA LAVORO

Il/la sottoscritto/a

in servizio presso codesto Istituto in qualità di DOCENTE D.S.G.A. ASS.AMM. ASS.TEC. COLL.SCOL.
con contratto a tempo indeterminato determinato presso Infanzia Primaria Secondaria

CHIEDE

di assentarsi per numero giorni ore minuti da a / del

di assentarsi per numero giorni ore minuti da a / del

MOTIVO

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ferie | <input type="checkbox"/> anno scolastico corrente | <input type="checkbox"/> anno scolastico precedente |
| <input type="checkbox"/> Festività soppresse | <input type="checkbox"/> anno scolastico corrente | <input type="checkbox"/> anno scolastico precedente |
| <input type="checkbox"/> Permesso <input type="checkbox"/> retribuito <input type="checkbox"/> non retribuito | - motivi personali/familiari (allegare autocertificazione) | |
| <input type="checkbox"/> Permesso <input type="checkbox"/> retribuito <input type="checkbox"/> non retribuito | - concorsi/esami (allegare autocertificazione) | |
| <input type="checkbox"/> Permesso <input type="checkbox"/> retribuito <input type="checkbox"/> non retribuito | - diritto allo studio (allegare autocertificazione) | |
| <input type="checkbox"/> Permesso <input type="checkbox"/> retribuito <input type="checkbox"/> non retribuito | - matrimonio (allegare autocertificazione) | |
| <input type="checkbox"/> Permesso <input type="checkbox"/> retribuito <input type="checkbox"/> non retribuito | - lutto familiare (allegare autocertificazione) | |
| <input type="checkbox"/> Permesso <input type="checkbox"/> retribuito <input type="checkbox"/> non retribuito | - donazione di sangue (allegare autocertificazione) | |
| <input type="checkbox"/> Permesso <input type="checkbox"/> retribuito <input type="checkbox"/> non retribuito | - incarico sindacale (allegare autocertificazione) | |
| <input type="checkbox"/> Permesso <input type="checkbox"/> retribuito <input type="checkbox"/> non retribuito | - altro caso previsto per legge | |

- Aspettativa per motivi di** famiglia lavoro personali studio
- Congedo parentale per interdizione anticipata da lavoro**
- Congedo parentale per maternità obbligatoria**
- Congedo parentale per maternità/paternità facoltativa (figlio/a**)
- Congedo parentale per malattia figlio inferiore a 3 anni (figlio/a**)
- Congedo parentale per malattia figlio fra 3 ed 8 anni (figlio/a**)
- Congedo parentale per adozione e/o affidamento**
- Legge 104/1992 - giorni già goduti nel mese** 1 2 3
- Riposo compensativo/Recupero per seggio elettorale**
- Riposo compensativo/Recupero per festa patronale**
- Riposo compensativo/Recupero per lavoro straordinario già svolto per ore** **minuti**

NOTE E ALLEGATI

Dichiara che durante il periodo sarà domiciliato/a in

Sissa Trecasali

Firma del dipendente

Visto Referente di Plesso DSGA

Visto SI autorizza NON si autorizza

La Dirigente Scolastica

Dott.ssa Giovanna Rotondo – Firmato digitalmente