

Al Dirigente Scolastico della
SMS M. Pluchinotta
MODULO DOCENTI

Il/La sottoscritta _____
Cognome e nome _____ qualifica _____

a tempo _____ in servizio presso questo Istituto nel corrente anno scolastico
indeterminato/determinato

chiede di poter usufruire:

per il _____

e dal _____ al _____

di complessivi giorni _____ di

- | | | | |
|--------------------------|--|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | ferie | <input type="checkbox"/> | relative al corrente anno scolastico |
| | | <input type="checkbox"/> | maturate e non godute nel precedente anno scolastico |
| <input type="checkbox"/> | festività previste dalla Legge 23 dicembre 1977, numero 937 | | |
| <input type="checkbox"/> | permesso retribuito per (*) | <input type="checkbox"/> | partecipazione a concorso/esame |
| | | <input type="checkbox"/> | lutto familiare |
| | | <input type="checkbox"/> | motivi personali/familiari |
| | | <input type="checkbox"/> | Matrimonio |
| | | <input type="checkbox"/> | Partecipazione corsi aggiornamento e formazione |
| <input type="checkbox"/> | astensione facoltativa dal lavoro prevista dalla Legge 30 dicembre 1971, numero 1204 (*) | | |
| <input type="checkbox"/> | astensione dal lavoro prevista dalla Legge 30 dicembre 1971, numero 1204 (**) | | |
| <input type="checkbox"/> | malattia (**) | <input type="checkbox"/> | visita specialistica (**) |
| <input type="checkbox"/> | aspettativa per motivi di famiglia/studio (*) | | |
| <input type="checkbox"/> | altro caso previsto dalla normativa vigente (*) _____ | | |
| <input type="checkbox"/> | L.104/'92 art.3 comma 3 | | |
| <input type="checkbox"/> | riposo comp. vo ore _____ | | |

Sant'Agata Li Battiati, _____

Firma del dipendente

(*) allegare documentazione giustificativa

(**) allegare certificazione medica

ANNOTAZIONI DEL CAPO D'ISTITUTO

Visto: IL DIRIGENTE
Dott.ssa Linda Piccione