

Prot. n.° _____/____/del____/____/____

**Al Dirigente scolastico
dell' I.C. statale " G. Rodari G. Nosengo"
di Gravina di Catania**

Oggetto: Richiesta di congedo.

Il sottoscritto _____,
(Cognome e Nome) _____ (qualifica)
in servizio presso codesto Istituto nel corrente A.S. con contratto a tempo _____
(indeterminato/determinato)

CHIEDE

alla S.V. di poter usufruire per il periodo:
di complessivi n° _____ giorni, dal _____ al _____ per i seguenti motivi:

<input type="checkbox"/> ferie	<input type="checkbox"/> relative al corrente A.S. <input type="checkbox"/> maturate e non godute nel precedente A.S.
<input type="checkbox"/> festività sopresse previste dalla legge 23/12/1977, n° 937	
<input type="checkbox"/> recupero	
<input type="checkbox"/> permesso retribuito per *	<input type="checkbox"/> partecipazione a concorso/esame <input type="checkbox"/> lutto familiare <input type="checkbox"/> motivi familiari/personali <input type="checkbox"/> matrimonio <input type="checkbox"/> Legge n.° 104/1992
<input type="checkbox"/> maternità	<input type="checkbox"/> interdizione per gravi complicanze della gestazione (**) <input type="checkbox"/> astensione obbligatoria (**) <input type="checkbox"/> astensione facoltativa per malattia del figlio (L.1204/71/ D.lgs. n.151 /2001- CAPO VII) (*) <input type="checkbox"/> astensione facoltativa generale (L.1204/71/ D.lgs. n.151 /2001- CAPO V) (**)
<input type="checkbox"/> malattia (**) (art. 17 CCNL 2006/2009)	<input type="checkbox"/> Visita specialistica <input type="checkbox"/> ricovero ospedaliero <input type="checkbox"/> Analisi cliniche
<input type="checkbox"/> aspettativa per motivi di famiglia/studio	
<input type="checkbox"/> donazione del sangue	
<input type="checkbox"/> altro caso previsto dalla normativa vigente (*)	

➤ Il sottoscritto dichiara che nel predetto periodo sarà reperibile al seguente indirizzo:

_____ (località, via o piazza, n° civico e n° di telefono)

Gravina di Catania li, _____

_____ (firma del dipendente)

(*) allegare documentazione giustificativa
(**) allegare certificazione medica

VISTO: <input type="checkbox"/> si concede <input type="checkbox"/> non si concede	Il Dirigente Scolastico (Dott.ssa Anna Maria Sampognaro) _____
Rif. Fono n. _____ del _____	_____