|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| PROT. N. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_DEL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | **AL DIRIGENTE SCOLASTICO**  **I.C. “G.G. Ciaccio Montalto”**  **TRAPANI** |
|  |
|  |

Il/la sottoscritt\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **Docente**  **A.A.**  **C.S.** a tempo **** indeterminato **** determinato, in servizio presso Codesto Istituto,

**CHIEDE**

alla S.V. di poter usufruire per il periodo dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di complessivi n° \_\_\_\_\_\_\_\_giorni di:

|  |  |
| --- | --- |
| **Malattia**  ****visita specialistica ****ricovero ospedaliero ****Day Hospital | |
| **Permesso retribuito per:**  **Permesso non retribuito per:** | ****motivi personali/familiari **(vedi dichiarazione sul retro)**  ****partecipazione a concorso/esame  ****matrimonio  ****lutto familiare  **** permesso retribuito l. 104/92 art.  33  21 |
| **Congedo parentale** | **** interdizione per gestazione difficile  **** astensione obbligatoria per gravidanza  **** astensione obbligatoria per puerperio  **** congedo parentale 1-3 anni del bambino  ****congedo parentale 3-8 anni del bambino |
|  **Ferie** | ****relative al corrente A.S. 20\_\_ / 20\_\_  ****maturate e non godute nel precedente a.s. |
| **Festività soppresse**  previste dalla Legge 23 dicembre 1977, n. 937 | |
| **Aspettativa non retribuita per motivi di:** | **** famiglia **** personali **** studio **** lavoro |
| **Altro caso previsto dalla normativa vigente** (donazione sangue, componente seggio elettorale, permesso sindacale, nomina a giudice popolare, testimone in processo civile, testimone in processo penale, permesso studio, etc.). *Specificare:*  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | |

Durante il periodo di assenza sarà reperibile al seguente indirizzo:

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

Con osservanza.

TRAPANI, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Dipendente

**SI ALLEGA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

VISTO IL PARERE si  no 

del **DIRETTORE SGA**

**D.ssa Bonomo Maria Pia** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

VISTA LA DOMANDA

si concede  non si concede 

 IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Dott.ssa Anna Maria Sacco

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO**

**I.C. “G.G. Ciaccio Montalto”**

**TRAPANI**

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall’art.76 del D.P.R. n. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci

**DICHIARA**

Di voler usufruire

di n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ giorno/i di:

**permesso retribuito** dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

per i seguenti motivi:

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

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

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

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

**Malattia per visita specialistica/esame diagnostico/terapia** dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

I motivi per cui non è possibile effettuare la visita specialistica/esame diagnostico/terapia fuori dall’orario di servizio sono i seguenti:

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

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

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

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

Si allega copia dell’attestazione dell’avvenuta prenotazione.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ firma del dipendente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Luogo e data