

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DEL II CIRCOLO "BRANCIFORTI"
LEONFORTE**

Il/la sottoscritto/a

nato/a a il residente in

via tel. Cell.

- Docente**
- D.S.G.A.**
- Ass. Amm.vo**
- Coll. Scolastico**

con contratto:

- a tempo indeterminato;
- a tempo determinato stipulato con il Dirigente del U.S.T.
- a tempo determinato stipulato con il Dirigente Scolastico;

CHIEDE/COMUNICA

di assentarsi dal servizio per giorni dal al

per il seguente motivo:

- malattia:
 - gravi patologie
 - visite specialistiche
 - D.H.
 - ricovero ospedaliero
 - post ricovero
- congedo parentale:
 - interdizione
 - gravidanza
 - puerperio
 - astensione facoltativa come segue:
- ferie;
- recupero festività soppresse;

permesso per motivi personali e familiari dichiarando che:

esami o concorsi;

matrimonio;

mandato amministrativo;

altri incarichi pubblici : componente commissioni esami, giudice popolare, scrutatore ecc

lutto;

legge 104/92 (benefici a tutela dei portatori di handicap – fino a gg.3 per mese);

legge 104/92 congedo biennale (benefici a tutela dei portatori di handicap) con allegato modello di dichiarazione;

permesso diritto allo studio (fino a 150 ore annue);

permesso sindacale;

altri motivi:

Ai fini dell'accertamento medico-fiscale indica la seguente A.S.L. di appartenenza

COMUNICA

quanto segue:

 li

Firma

Visto: si esprime parere favorevole/sfavorevole

IL D.S.G.A.

Visto: si concede/non si concede

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
