*Al* **Dirigente Scolastico**

 **Istituto Comprensivo Statale**

”Pietro Paolo MENNEA”

 Barletta

|  |  |
| --- | --- |
| Oggetto: | **Richiesta Assenza/Congedo.-** |

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (cognome) (nome) (qualifica)

in servizio presso codesto Istituto nel corrente a. s. con contratto a tempo determinato / indeterminato,

 (tipologia contratto)

**chiede**

alla S. V. di poter usufruire per il periodo:

n° \_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) giorni di assenza dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

 (numero) (lettere)

per il seguente motivo:

|  |  |
| --- | --- |
| * ferie
 | * relative al corrente a. s.
* maturate e non godute nel precedente a. s.
 |
| * festività soppresse previste dalla legge 23.12.1977, n° 937
 |
| * recupero
 |  |
| * permesso retribuito**(\*)**
 | * partecipazione a concorso/esame/corso di aggiornamento
* lutto familiare
* motivi familiari/personali
* matrimonio
 |
| * maternità
 | * interdizione per gravi complicanze della gestazione**(\*\*)**
* astensione obbligatoria**(\*\*)**
* astensione facoltativa (L. 1204/71, art. 7 § 1)**(\*)**
* astensione facoltativa (L. 1204/71, art. 7 § 2)**(\*\*)**
 |
| * malattia**(\*\*)**
 |  |
| * aspettativa per motivi di famiglia/studio
 |  |
| * altro caso previsto dalla normativa vigente**(\*)**
 |  |

 Il/La sottoscritto/a dichiara che nel predetto periodo sarà reperibile al seguente indirizzo:

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

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

Barletta lì, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 (firma del dipendente per esteso e leggibile)

**(\*)** autocertificazione **(\*\*)** certificazione

|  |
| --- |
| **riservato alla segreteria** |
|  |
| La presente è pervenuta in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a mezzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |
| Il dipendente ha già usufruito di complessivi n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ giorni di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |
| * documentazione giustificativa allegata: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 |
|  |
| * certificazione medica allegata: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 |
|  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Assistente Amministrativo addetto al controllo) |
| **note**  |
|  |
| * si concede **Il Dirigente Scolastico**
 |
| * non si concede *(Prof.ssa Gabriella CATACCHIO)*
 |
|  |
|  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Codice Documento* | *Revisione* | *Qualifica* | *Compilatore* |  | *Personale* | *Autorizzato* | *Pagina di Pagine* |
| Ass.\_Gen.\_Personale | rev.: 19\_20 | Ass.te Amm.vo | E. TANZI |  | DOCENTE | Dirigente Scolastico | 1/1 |