

Il sottoscritto _____,
cognome e nome _____, _____
qualifica _____

a tempo indeterminato/determinato, in servizio presso questa scuola nel corrente anno scolastico,
chiede alla S.V. di poter usufruire per il periodo dal _____ al _____
di complessivi giorni _____ di:

- malattia** (allegare certificazione medica) *
- Day-hospital - visita medica specialistica** (allegare certificazione medica)
- permesso retribuito per motivi personali/familiari per :** _____
(allegare documentazione giustificativa)
- permesso non retribuito per:** _____
(allegare documentazione giustificativa)
- partecipazione a concorso/esame**
- lutto familiare (parente 2° grado - affine 1° grado)**
- matrimonio**
- aspettativa per motivi di famiglia/studio** (allegare documentazione giustificativa)
- altro caso previsto dalla normativa vigente:** _____

* Il sottoscritto sarà reperibile per la visita di controllo al seguente indirizzo:

via _____ n. _____ località _____

l'U.L.S.S. competente per territorio è la n. _____ di _____

Montecchia di Crosara, _____
firma del dipendente _____

RISERVATO ALLA SCUOLA

Vista la richiesta di cui sopra e la documentazione allegata si concede quanto richiesto.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
(Prof. Giuliano Zago)