

Istituto Comprensivo Statale "Rosanna Galbusera" - Segrate		
-----/-----/----- 201		
Giorno	Mese	Anno
PROT. N.....		
TIT.....CL.....FASC.....		

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo Statale
"Rosanna Galbusera" Segrate

OGGETTO : RICHIESTA DI ASTENSIONE DAL LAVORO

Il/La sottoscritto/a _____, in servizio presso questo Istituto in
qualità di _____ a tempo indeterminato determinato

CHIEDE

Che gli/le venga concesso un periodo di:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ferie | <input type="checkbox"/> Ferie (A.S. precedente) | <input type="checkbox"/> Festività soppresse (Legge 937/77) |
| <input type="checkbox"/> Recupero lavoro straordinario* (Giorno intero)
*Solo personale ATA | <input type="checkbox"/> Assenza per malattia | <input type="checkbox"/> Maternità |
| <input type="checkbox"/> Permessi | <input type="checkbox"/> Interdizione per gravi complicanze della gestazione | <input type="checkbox"/> Astensione obbligatoria |
| <input type="checkbox"/> Concorsi (gg. 8 all'anno); | <input type="checkbox"/> Astensione obbligatoria (puerperio) | <input type="checkbox"/> Congedo parentale 1-8 anni * |
| <input type="checkbox"/> Lutto (gg. 3 ad evento); | <input type="checkbox"/> Congedo parentale 1-8 anni * | <input type="checkbox"/> Malattia bambino 1-3 anni * |
| <input type="checkbox"/> Motivi pers/fam. (gg. 3 all'anno) *
non retribuito personale a T.D.;
*Allegare autocertificazione | <input type="checkbox"/> Malattia bambino 4-8 anni * | <input type="checkbox"/> Malattia bambino 4-8 anni * |
| <input type="checkbox"/> Matrimonio (gg. 15 consecutivi); | *Allegare dichiarazione del coniuge | |
| <input type="checkbox"/> Altro (specificare): _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Aspettativa per: | | |
| <input type="checkbox"/> Famiglia | | |
| <input type="checkbox"/> Studio | | |

	Eventuale descrizione
dal _____ al _____ gg. _____	_____
dal _____ al _____ gg. _____	_____
dal _____ al _____ gg. _____	_____
dal _____ al _____ gg. _____	_____

Allega: _____

Recapito: _____ Tel. _____/_____

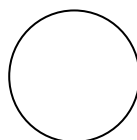
Firma

Segrate, _____

RISERVATO ALLA SEGRETERIA
La presente pervenuta in data ____/____/____ a mezzo _____
Il dipendente ha già fruito di complessivi n° _____ giorni di _____
nel corso: <input type="checkbox"/> del corrente A.S. ; <input type="checkbox"/> del precedente A.S. ; <input type="checkbox"/> del triennio
<input type="checkbox"/> documentazione giustificativa allegata : _____

Motivi dell'eventuale diniego: _____

Il DSGA
(Francesca Bottino)



IL DIRIGENTE SCOLASTICO
(Dott.ssa Graziella Bonello)