

Prot. _____ del _____

Alla Dirigente Scolastica
dell'I.C. n. 6
Forlì

Il/La sottoscritto/a _____ ,
in servizio presso IC6 sede _____ in qualità di
_____ a tempo determinato fino al _____/indeterminato
per ore _____

CHIEDE

Che gli/le venga concesso un periodo di:

Assenza per malattia
certif. telematico nr.

Permesso retribuito art. 15 CCNL per:

Comma 1: concorsi (gg. 8 all'anno)

lutto (gg. 3 ad evento)

Comma 2: motivi pers/fam (gg. 3 all'anno)

ferie durante l'attività didattica
(gg. 6 all'anno)

Assenza per malattia

1. per visita medica

2. per grave patologia

Comma 3: matrimonio (gg. 15 consecutivi)

Comma 7: altro (specificare): _____

L. 104/92 e L. 53/2000(FAMIGLIARE): _____ si dichiara che il familiare per il
quale vengono chiesti i permessi non è ricoverato a tempo pieno.

Aspettativa per :

Famiglia Studio

dal _____ al _____ gg. _____

dal _____ al _____ gg. _____

dal _____ al _____ gg. _____

Per motivi di: _____

Allega: _____

Recapito: _____ Tel _____/_____

Firma

Forlì, _____

La Dirigente Scolastica
Dott.ssa Catia Palli