|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| UNIONE EUROPEA | REGIONE CALABRIAAssessorato Istruzione, Alta Formazione e Ricerca | REPUBBLICA ITALIANA |

MINISTERO DELL’ISTRUZIONE

**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE**

**MORMANNO - IC. LAINO BORGO**

**Scuola dell’Infanzia – Scuola Primaria – Scuola Secondaria I Grado**

VIA MATTEOTTI 18/A – 87026 MORMANNO

CODICE FISCALE 83002390785 – CODICE MECCANOGRAFICO CSIC82900T -tel. 098180363

www.scuolamormanno.edu.it

e-mail: csic82900t@istruzione.it - p.e.c.: csic82900t@pec.istruzione.it

Al Dirigente Scolastico

 I.C. Mormanno-Laino Borgo

Il/La sottoscritt

nat a \_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in servizio con la qualifica di a tempo

presso questo istituto anno scolastico 20 /20 , plesso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

chiede alla S.V. di poter usufruire dal al per un totale di giorni , di:

* 1) Assenza per **malattia** (\*)
* 2) Assenza per **visita specialistica**
* 3) Assenza per **ricovero**

**ospedaliero**

* 4) Permesso retribuito per **concorso ed esami**
* 5) Permesso retribuito per **evento luttuoso**
* 6) Permesso retribuito per **matrimonio**
* 7)Permesso retribuito per **motivi personali/familiari** (Art 15 co 2, CCNL 29/11/2007)
* 8) Corso di **formazione**
* 9) Permesso **non retribuito** per motivi personali o familiari (personale a tempo determinato)
* 10) **FERIE** A.S. 20 /20
* 11) Recupero **festività soppresse**
* 12) **Interdizione** anticipata dal lavoro per complicazioni della gestazione
* 13) **Congedo parentale** entro gli 12 anni di vita dei figli
* 14) **Congedo per malattia dei figli** entro gli 8 anni
* 15) Permesso retribuito **L.104/92**
* 16) **Altro** caso previsto dalla normativa vigente

ALLEGA:

Certificato medico (\*)

Certificazione di ricovero ospedaliero Motivazione richiesta

(\*) DICHIARA che il proprio recapito nel suindicato periodo é il seguente:

 \_

Data FIRMA

Visto si concede

Il DIRETTORE S.G.A. IL DIRIGENTE SCOLASTICO

 Dott.ssa Maria Mollo

 Prof.ssa Annunziata Galizia