

Oggetto: Richiesta di congedo personale docente.

Il sottoscritto _____, _____
 (Cognome e Nome) (qualifica)

in servizio presso codesto Istituto nel corrente A.S. con contratto a tempo _____
 (indeterminato/determinato)

CHIEDE

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

dal _____ al _____ di complessivi n° _____ giorni di:

<input type="checkbox"/> ferie	<input type="checkbox"/> relative al corrente A.S. <input type="checkbox"/> maturate e non godute nel precedente A.S.
<input type="checkbox"/> festività sopresse previste dalla legge 23/12/1977, n° 937	
<input type="checkbox"/> recupero	
<input type="checkbox"/> permesso retribuito per : (*) Allegare DICHIARAZIONE (Art. 47 del D.P.R. 28 Dicembre 2000, n. 445)	<input type="checkbox"/> partecipazione a concorso/esame/aggiornamento <input type="checkbox"/> lutto familiare <input type="checkbox"/> motivi familiari/personali (*) <input type="checkbox"/> matrimonio <input type="checkbox"/> permesso diritto allo studio (art. 3 d.P.R. n. 395/1998)
<input type="checkbox"/> maternità	<input type="checkbox"/> interdizione per gravi complicanze della gestazione <input type="checkbox"/> astensione obbligatoria <input type="checkbox"/> astensione facoltativa (L.1204/71, art. 7 comma 1°) <input type="checkbox"/> astensione facoltativa (L.1204/71, art. 7 comma 2°)
<input type="checkbox"/> malattia <input type="checkbox"/> malattia causa di servizio <input type="checkbox"/> malattia visita specialistica (**)	
<input type="checkbox"/> aspettativa per motivi di:	<input type="checkbox"/> famiglia - <input type="checkbox"/> personali - <input type="checkbox"/> studio - <input type="checkbox"/> lavoro
<input type="checkbox"/> permesso art. 33, comma 3, legge 05.02.1999 n. 104	giorni già goduti nel mese: <input type="checkbox"/> 1 - <input type="checkbox"/> 2 - <input type="checkbox"/> 3
<input type="checkbox"/> infortunio	
<input type="checkbox"/> altro caso previsto dalla normativa vigente	

() DICHIARAZIONE (Art. 47 del D.P.R. 28 Dicembre 2000, n. 445)**

Il/La sottoscritto/a _____ dichiara di doversi sottoporre a visita specialistica presso _____ alle ore _____ in
 quanto: (dichiarare l'impossibilità oggettiva di effettuare la visita al di fuori dell'orario di servizio)

Allega prescrizione medica: _____
 Presenterà documentazione giustificativa : _____

➤ Il sottoscritto dichiara che nel predetto periodo sarà reperibile al seguente indirizzo:

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

Caserta, _____
 (data)

_____ (firma del dipendente)

NOTE DEL DIRIGENTE SCOLASTICO

VISTO:

- si concede
 non si concede

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Dott. Prof.ssa Rosaria Prisco