sottoscritt *Cognome* *nome*

in servizio in qualità di (*qualifica*)

con contratto a tempo indeterminato con contratto a tempo determinato con contratto breve/saltuario

Permesso retribuito/non retribuito

chiede di assentarsi dal al per giorni

(Studio/Concorso/Aggior.to) Lutto familiare Donazione sangue/midollo osseo Permesso sindacale/RSU

(Documentazione prevista)

Permessi orari/brevi **il** dalle ore alle ore totale ore

Motivi personali Motivi familiari **(Documentazione o Autocertificazione)**

Malattia n. Prot. Cert. Med. dal al per giorni

Recapito visita fiscale (Città, Via/piazza, N. civico, Nominativo campanello)

chiede di assentarsi dal al per giorni / il il

Maternità (allegare documentazione) **Congedo EMERGENZA COVID-19** (allegare dichiarazione sostitutiva)

Interdizione per gravi complicanze della gestazione Astensione obbligatoria gravidanza/puerperio

Malattia figlio/a **Congedo parentale** (D.lgs, 14/09/15 n. 148) (fino a 6 anni) (da 6 a 12 anni)
(cognome nome figlio/a) nato/a a il

chiede di assentarsi dal al per giorni

Aspettativa (senza stipendio) per motivi di famiglia per motivi di studio per motivi di lavoro

Legge 104/92 (secondo documentazione presentata in segreteria)

Altro caso **chiede di assentarsi**

dal al per giorni / il dalle ore alle ore totale ore

data firma

Visto: si concede non si concede data

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

prof.ssa **Scilla Reali**