Alla Dirigente Scolastica dell'I. C. "G. Garibaldi"

Genazzano-San Vito

Il/la sottoscritt\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cognome e nome Qualifica

a tempo indeterminato/determinato in servizio presso questo Istituto nel corrente A.S. \_\_\_\_\_\_ chiede alla S.V. di poter usufruire per il giorno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per complessivi giorni \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di

FERIE relative al corrente A.S. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ maturate e non godute nel precedente A.S. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[] Recupero per \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (indicare motivo) [] Diritto allo studio

[] R.F.S. (festività previste dalla Legge 23 dicembre 1977), di cui già godute gg. \_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Permesso retribuito per (\*) | [] | Partecipazione concorso/esame |
|  | [] | Lutto familiare |
|  | [] | Motivi personali/familiari |
|  | [] | Matrimonio |
|  |  | (giorni goduti di permesso retribuito n. \_\_\_\_ ) |

[] Malattia (\*\*) [] (indicare se Visita Specialistica)

[] Interdizione anticipata dal lavoro per complicanze gestazionali

[] Astensione obbligatoria gravidanza / puerperio data di nascita bambino

Indicare la data di nascita del bambino presunta (p) o effettiva (e) \_\_\_\_\_\_\_\_\_

[] Congedo per malattia del figlio nei primi 3 anni d.lgs. n. 151/2001 (\*\*)

[] Congedo parentale figli 01 - 08 anni di vita del bambino d.lgs. n. 151/2001 (\*) [] Aspettativa per motivi di famiglia/studio (\*)

[] Legge 104/92 - dichiarazione a responsabilità dell’interessato.

[] Altro caso previsto dalla normativa vigente (\*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Recapito estivo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del dipendente

(\*) Allegare documentazione giustificativa

(\*\*) Allegare certificazione medica

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_