

Ass. Amm. _____
Prot. n. _____ del _____

**Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo Volpago**

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____, in servizio presso questo istituto, nel
plesso di _____ in qualità di :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> insegnante scuola infanzia | <input type="checkbox"/> direttore servizi generali amministrativi |
| <input type="checkbox"/> insegnante scuola primaria | <input type="checkbox"/> assistente amministrativo |
| <input type="checkbox"/> insegnante scuola secondaria | <input type="checkbox"/> collaboratore scolastico |

CON CONTRATTO A TEMPO DETERMINATO

INOLTRA RICHIESTA DI ASSENZA per :

- MALATTIA (9 mesi nel triennio o 30 gg. se suppl.brevi) dal _____ al _____
- INFORTUNIO SUL LAVORO dal _____ al _____
- INFORTUNIO IN ITINERE dal _____ al _____
- TERAPIE INVALIDANTI (per gravi patologie) dal _____ al _____
- EVENTO LUTTUOSO (3 gg.) dal _____ al _____
- MATRIMONIO (15 gg.) dal _____ al _____
- DONAZIONE SANGUE (minimo 250 g.) dal _____ al _____
- ASSISTENZA L.104 (3 gg.) dal _____ al _____
- ADEMPIMENTO FUNZIONI PRESSO UFFICI ELETTORALI dal _____ al _____
- FUNZIONI DI GIUDICE POPOLARE dal _____ al _____
- TESTIMONIANZA IN GIUDIZIO dal _____ al _____
- PERMESSO STUDIO 150 ORE dal _____ al _____
- CONCORSI - ESAMI (8 gg. non retr.) dal _____ al _____
- MOTIVI PERSONALI O FAMILIARI (6 gg. non retr.) dal _____ al _____
- ASPETTATIVA PER MOTIVI DI _____ - FAMIGLIA _____ - LAVORO _____ - STUDIO _____ - MOTIVI PERSONALI
dal..... al

N.B. tutte le richieste devono essere documentate

Documenti allegati alla presente domanda:

1. _____
2. _____

Dichiara che durante la malattia soglierà a _____ Via _____ n. _____

Dichiara di essere a conoscenza dell'obbligo di dimora, nel domicilio sopra indicato, in tutti i giorni della malattia, dalle ore 9.00 alle ore 13.00 e dalle ore 15.00 alle ore 18.00.

Data, _____ firma _____

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> Il Dirigente Scolastico ACCOGLIE la domanda |
| <input type="checkbox"/> Il Dirigente Scolastico NON ACCOGLIE la domanda per i seguenti motivi: |

data _____ Firma del Dirigente Scolastico _____