

RISERVATO ALLA SEGRETERIA

Protocollo n° _____/FP

Del _____/_____/20____

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
I.C. "San Vittorino - Corcolle"
Via Spinetoli 96/98
00132 Roma

Il/la sottoscritt _____ nato/a a _____
_____ il _____ in servizio presso questa scuola in qualità
di _____ a tempo _____ chiede n. _____
(determinato- indeterminato)

giorni relativi all'anno scolastico _____, dal _____ al _____ per:

- FERIE relative all'anno scolastico _____
- FESTIVITA' SOPPRESSE
- MALATTIA (**indicare l'indirizzo se diverso da quello depositato agli atti**)*
- VISITA SPECIALISTICA (**certificare con l'orario della visita**)**
- RECUPERO ORE
- PERMESSO RETRIBUITO PER:
 - Partecipazione concorso/esame
 - Lutto familiare
 - Motivi personali/familiare (**certificare o autocertificare la causa dell'assenza**)
 - Matrimonio
 - Legge 104/1992
 - Astensione obbligatoria ex L. 1204/71 – L.53/00 – D.lvo 151/01 e successive modificazioni
 - Congedo parentale (ex astensione facoltativa)
 - Congedo parentale malattia bambino dal 1° - al 3° anno del bambino
 - Congedo parentale malattia bambino dal 4° - all'8° anno del bambino
 - _____

Documentazione allegata: Certificato medico prot. _____

Dichiarazioni ai sensi DPR 445/2000 e successive modificazioni

Domicilio: Via _____ tel _____
ASL n° _____ di Via _____ Tel./Fax _____

Il/La sottoscritto/a dichiara sotto la propria responsabilità che la visita medica specialistica è stata prenotata per le ore _____ e non è stato possibile effettuarla in altro orario diverso da quello di servizio.

Il/La sottoscritto/a dichiara sotto la propria responsabilità che il giorno _____ si recherà presso _____ Via _____ Città _____ per la seguente motivazione:

Roma _____

Firma _____

VISTO:

Il responsabile di plesso/settore

SI CONCEDE / NON SI CONCEDE

Il Dirigente Scolastico
Dott.ssa Caterina Biafora