

ISTITUTO STATALE COMPRENSIVO PER CIECHI

Viale Marconi,6 - 06081 ASSISI (Perugia) www.icciechiassisi.edu.it

[Tel. 075/812553](tel:075/812553) – [e.mail. pgic81500l@istruzione.it](mailto:pgic81500l@istruzione.it) - C.M. : PGIC81500L

**Al Dirigente scolastico
Istituto Comprensivo per Ciechi**

il/la sottoscritto/a _____ in servizio presso codesto I.C. nel

corrente A.S. con qualifica di _____

con incarico a tempo

determinato

indeterminato

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

dal _____ al _____ per complessivi n. _____ giorni di:

<input type="checkbox"/>	malattia * N° Prot. certificato medico _____
--------------------------	--

<input type="checkbox"/>	malattia accertamenti clinici **
--------------------------	----------------------------------

<input type="checkbox"/>	ferie
--------------------------	-------

<input type="checkbox"/>	festività soppresse Legge 937/77
--------------------------	----------------------------------

<input type="checkbox"/>	permesso retribuito per: (*) _____
--------------------------	------------------------------------

<input type="checkbox"/>	Legge 104/92 -
--------------------------	----------------

<input type="checkbox"/>	aspettativa non retribuita per motivi di famiglia/studio *
--------------------------	--

<input type="checkbox"/>	Permesso per motivi personali/familiari
--------------------------	---

<input type="checkbox"/>	altro caso previsto dalla normativa in vigore * _____
--------------------------	---

(*) allegare documentazione o autocertificazione

(**) allegare certificazione medica

Data _____

Firma _____

Il Dirigente Scolastico
