

Oggetto: **RICHIESTA ASTENSIONE DAL LAVORO.**

\_1\_ sottoscritt\_ \_\_\_\_\_ in servizio presso codesto  
Istituto in qualità di \_\_\_\_\_ nel corrente anno scolastico con contratto a tempo  
indeterminato/determinato chiede alla S.V. di poter usufruire per il periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
per complessivi n° \_\_\_\_\_ giorni di:

▼ FERIE

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

▼ FESTIVITÀ PREVISTE dalla ex L. 23/12/77, n° 937 (festività soppresse)

▼ PERMESSO:

- ▼ RETRIBUITO
- ▼ NON RETRIBUITO  
per (\*)

- ▼ partecipazione a concorso/esame
- ▼ lutto familiare
- ▼ motivi personali/familiari
- ▼ matrimonio

▼ MATERNITÀ

- ▼ interdizione per gravi complicanze della gestazione (D.L.vo 151/2001 – art. 17) (\*\*)
- ▼ astensione obbligatoria (D.L.vo 151/2001 – art. 16) (\*\*)
- ▼ congedo parentale 1-8 anni bambino (D.L.vo 151/2001 – art. 32-40) (\*)
- ▼ congedo parentale malattia bambino 1-3 anni (D.L.vo 151/2001 – art. 47-50) (\*\*)

▼ MALATTIA (\*\*)

▼ ASPETTATIVA PER MOTIVI DI FAMIGLIA/STUDIO

▼ ALTRO CASO PREVISTO DALLA NORMATIVA (\*) \_\_\_\_\_

\_1\_ sottoscritt\_ dichiara che il proprio orario di servizio nel primo giorno di assenza è il seguente:

dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ .

Firenze, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ firma

(\*) allegare documentazione giustificativa.

(\*\*) allegare certificazione medica e documentazione (ove richiesta).

Visto: IL DIRIGENTE SCOLASTICO  
Dott. Arnolfo Gengaroli