



ISTITUTO COMPRENSIVO "NUNZIO NASI"

Scuola dell'Infanzia – Primaria – Secondaria di I grado ad indirizzo musicale

C.F. 93072150811- Cod. Mecc. TPIC84000Q - Via Zuccalà Pompeo, 14 - 91100 Trapani (TP)

Tel. 0923/552682 e-mail:tpic84000Q@istruzione.it – pec:tpic84000Q@pec.istruzione.it - sito :www.scuolanunzionasi.edu.it

Al Dirigente Scolastico dell' I.C."N.Nasi" di
Trapani

OGGETTO: RICHIESTA DI ASSENZA DAL SERVIZIO

Il sottoscritto _____, nato a _____, il _____,
(cognome e nome)

_____ in servizio presso codesto Istituto nel corrente A.S. con contratto a tempo _____
(qualifica)

CHIEDE
alla S.V. di potere usufruire per il periodo:

il giorno _____

per complessivi n. _____ giorni di:

<input type="checkbox"/> ferie	<input type="checkbox"/> relative al corrente A.S 202__/2__ <input type="checkbox"/> maturate e non godute nel precedente A.S. . 202__/2__
<input type="checkbox"/> festività sopresse previste dalla legge 23/12/1977, n. 937	
<input type="checkbox"/> recupero	
<input type="checkbox"/> permesso retribuito per *:	<input type="checkbox"/> partecipazione a concorso/esame <input type="checkbox"/> lutto familiare <input type="checkbox"/> motivi familiari/personali <input type="checkbox"/> matrimonio
<input type="checkbox"/> permesso breve per *: <input type="checkbox"/> da recuperare ore non effettuate <input type="checkbox"/> per recupero ore già effettuate	<input type="checkbox"/> motivi familiari/personali <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> maternità	<input type="checkbox"/> interdizione per gravi complicanze della gestazione ** <input type="checkbox"/> astensione obbligatoria **
<input type="checkbox"/> malattia	
<input type="checkbox"/> malattia – visita specialistica **	
<input type="checkbox"/> malattia ricovero ospedaliero o DH **	
<input type="checkbox"/> assenza malattia per grave patologia	
<input type="checkbox"/> aspettativa per motivi di:	<input type="checkbox"/> famiglia – <input type="checkbox"/> personali - <input type="checkbox"/> studio - <input type="checkbox"/> lavoro
<input type="checkbox"/> legge 104	Giorni già goduti nel mese: <input type="checkbox"/> 1 - <input type="checkbox"/> 2
<input type="checkbox"/> infortunio **	<input type="checkbox"/> ordinario - <input type="checkbox"/> in itinere
<input type="checkbox"/> permesso retribuito per diritto allo studio *:	<input type="checkbox"/> attività studio individuale n. h _____ <input type="checkbox"/> frequenza/tirocinio n. h _____ <input type="checkbox"/> esami n. h _____
<input type="checkbox"/> mandato politico/Amm.vo	<input type="checkbox"/> n. h _____
<input type="checkbox"/> altro caso previsto dalla normativa vigente *	

✓ Il sottoscritto dichiara che nel predetto periodo sarà reperibile al seguente indirizzo:

(località, via o piazza, n. civico e n. di telefono)

TRAPANI _____, _____

(data)

(firma del dipendente)

(*) allegare documentazione giustificativa od autocertificazione (**) allegare certificazione medica

RISERVATO AL DSGA (per il personale ATA)	RISERVATO AL DS (per il personale docente)
<input type="checkbox"/> si concede	<input type="checkbox"/> si concede
<input type="checkbox"/> non si concede	<input type="checkbox"/> non si concede
Il DSGA (Giancarla Buscaino)	Il Dirigente Scolastico (Ignazio Monticciolo)