

 **MINISTERO DELL’ISTRUZIONE E DEL MERITO**

**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE MORANO CALABRO – SARACENA**

Scuola dell’Infanzia – Scuola Primaria – Scuola Secondaria di Primo Grado

**Via Tufarello snc – 87016 Morano Calabro (CS)**

**C.F.** 94006210788 **– Cod. Mecc.** CSIC827006 **– Codice Univoco:** UFVNJQ

**Tel.:** 0981/1905140 **– PEO:** **csic827006@istruzione.it** **– PEC:** **csic827006@pec.istruzione.it**

**Sito web:**[**http://www.icmoranosaracena.edu.it**](http://www.icmoranosaracena.edu.it)

**Al Dirigente Scolastico**

**dell’I.C. Morano – Saracena**

Il/la sottoscritt\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nat\_\_\_a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in servizio con la qualifica di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a tempo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso questo istituto, anno scolastico 20\_\_\_\_/20\_\_\_\_, plesso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ chiede alla S.V. di poter usufruire dal \_\_\_\_\_\_\_\_al\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per un totale di giorni\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di:

|  |  |
| --- | --- |
|  1) Assenza per malattia (\*)Assenza per Visita specialistica* Assenza per **Ricovero ospedaliero**
* Assenza per **Day Hospital**

 **2) Permesso per** **Motivi personali o familiari*** Retribuito (Art.15 co.2 CCNL 29/11/2007)
* Non Retribuito (Personale a T. D.)

 **3) Permesso** **retribuito*** per concorsi ed esami
* per evento luttuoso
* per matrimonio

 4) Permesso Legge 104/92 | 5) Recupero festività soppresse6) Ferie A.S. 20\_\_\_\_\_/20\_\_\_\_\_7) Permesso per corso di formazione8) Congedo Parentale (entro 12 anni di vi vita dei figli)* **9) Congedo per malattia dei figli** (entro gli 8 anni)
* **10) Altro caso previsto dalla normativa vigente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

**Allega:** Certificato medico (\*) Certificazione di ricovero ospedaliero Motivazione richiesta

(\*) Dichiara che il proprio recapito nel suindicato periodo è il seguente**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Visto si concede

IL DIRETTORE S.G.A. Il Dirigente Scolastico

Dott. Marcello MANNA Dott.ssa Francesca NICOLETTI