

**OGGETTO: RICHIESTA DI ASTENSIONE DAL LAVORO**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ qualifica \_\_\_\_\_

In servizio presso questo istituto comprensivo nel corrente a.s. con contratto a tempo *indeterminato/determinato* chiede alla S.V. di poter usufruire per il periodo:

Dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ di complessivi n. \_\_\_\_\_ giorni di :

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ferie art. 13        | <input type="checkbox"/> relative al corrente anno scolastico      |
| <input type="checkbox"/> Ferie art. 15 comma2 | <input type="checkbox"/> maturate o non godute nel precedente A.S. |

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> permesso retribuito per     | <input type="checkbox"/> partecip.concorso/esame/aggiorn. |
| <input type="checkbox"/> permesso non retribuito per | <input type="checkbox"/> lutto familiare                  |
|  | <input type="checkbox"/> motivi personali /familiari      |
|  | <input type="checkbox"/> matrimonio                       |

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Congedo parentale (**) | <input type="checkbox"/> interdizione gestazione (**)   |
|   | <input type="checkbox"/> astensione obbligatoria per gravidanza (**)                          |
|   | <input type="checkbox"/> astensione obbligatoria per puerperio (**)                           |
|   | <input type="checkbox"/> congedo per malattia nei primi tre anni di vita del bambino. (*)     |
|   | <input type="checkbox"/> Congedo parentale nei primi 12 anni di vita del bambino. (*)         |
|   | <input type="checkbox"/> Cong. per malattia dal terzo all'ottavo anno di vita del bambino (*) |

- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> malattia (**) CERTIFICATO PROT.N. _____               |
| <input type="checkbox"/> infortunio  |
| <input type="checkbox"/> aspettativa per motivi di famiglia/studio (*)         |
| <input type="checkbox"/> congedo per assistenza familiari con handicap (*)     |
| <input type="checkbox"/> altro caso previsto dalla normativa vigente (*) _____ |

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

\_\_\_\_\_

**DATO OBBLIGATORIO** (indicare l'indirizzo di reperibilità)

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ DICHIARA :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Cologno Monzese, li \_\_\_\_\_

Con osservanza

(\*) allegare documentazione giustificativa  
(\*\*) allegare certificazione medica

(Firma)

VISTO : Il Dirigente Scolastico  
Prof.ssa Incoronata Nigro