

**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