# AL DIRIGENTE SCOLASTICO

**IIS “VIA DELL’IMMACOLATA 47”**

Distretto n°.29 – RMIS10100R 00053 Civitavecchia (RM)

Il/La sottoscritt , in qualità di ☐ Docente / ☐ A.T.A. con incarico a tempo: ☐ **Ind.** ☐ **Det.** (al term. Anno scol.) ☐ **Det.** (al term. Att. Did.) ☐ **Det.** (tempor.) chiede/comunica di fruire dal al di complessivi giorni per

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ☐ | **SALUTE** ☐ **VISITA MEDICA (1)** | | **(1) dichiara in calce alla presente**  **si riserva di allegare** | |
| ☐ | * ☐ CORRENTE A.S. - ☐ PRECEDENTE A.S.   **FERIE**  ☐ PER MOTIVI PERSONALI – FAMILIARI   * ☐ CON SOSTITUZIONE SENZA ONERI AMM.NE | | * **dichiarazione a margine (\*) documentazione allegata** * **prospetto sostituz. allegato (sost. Doc)** | |
| ☐ | **FESTIVITÀ SOPPRESSE** | | | |
| ☐ | **PERMESSO**   * RETRIBUITO * NON RETRIBUITO | PER | * **Partecipazione a concorso** * **Lutto familiare** * **Motivi personali/familiari** * **Matrimonio**   **(Motivi dichiarati (\*) e/o documentati)** | |
| ☐ | **ASTENSIONE OBBLIGATORIA / INTERDIZIONE ANTICIP. DAL LAVORO PER GRAVI COMPLICAZIONI DELLA GRAVIDANZA** | | * **Allegata certificazione medica** * **Allegata documentazione** | |
| ☐ | **CONGEDI PARENTALI**   * **MALATTIA** nel 1° ☐ 2°☐ 3°☐ anno di vita del bambino * **MALATTIA NEI PRIMI** ☐ 3 ☐8 anni di vita del bambino * ☐ **ALTRO CASO** PREVISTO DALLA LEGGE | | * **Allegata certificazione medica** * **Allegata documentazione** | |
| ☐  ☐ | **ASPETTATIVA PER MOTIVI DI FAMIGLIA ASPETTATIVA PER MOTIVI DI STUDIO** | | **DOCUMENTAZIONE** | * **agli atti** * **allegata** |
| ☐ | **LEGGE 104/92** | | **DOCUMENTAZIONE** | * **agli atti** * **allegata** |
| ☐ | **Altro caso previsto dalla vigente normativa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | |

# Il/La sottoscritt dichiara (\*)

**(1) Il/La sottoscritt dichiara:** ☐ che trattasi di visita o accertamenti fuori sede comunale - ☐ trattasi di visita già prenotata e che, presumibilmente, saranno necessarie n° ore - ☐ che non è stato possibile prenotare in orario non coincidente con impegni lavorativi.

Civitavecchia Firma

Eventuali annotazioni dell’amministrazione

Visto: Il Dirigente Scolastico Prof. Roberto Ciminelli