

___/___/___ sottoscritt _____ in servizio presso codesto Istituto
con la qualifica di **docente** ☐ T.D. ☐ T.I. _____

Classe di concorso _____

Materia di insegnamento _____

C H I E D E

di potersi assentare per giorni _____ dal _____ al _____
per il seguente motivo:

☐ **FERIE** (ai sensi dell'art. 13 CCNL 2006-2009)

SOSTITUZIONI:

1^ ora prof. _____

2^ ora prof. _____

3^ ora prof. _____

4^ ora prof. _____

5^ ora prof. _____

6^ ora prof. _____

☐ **FESTIVITA' SOPPRESSE** (previste dalla legge 23/12/1977, n. 937)

☐ **ASSENZA PER MALATTIA** (ai sensi dell'art. 17 del C.C.N.L. 2006/2009)

☐ visita specialistica - ☐ accertamento diagnostico - ☐ ricovero ospedaliero

Il sottoscritto dichiara che non è possibile effettuare la prestazione specialistica o l'accertamento diagnostico al di fuori dell'orario di servizio per il seguente motivo:

☐ **PERMESSO RETRIBUITO** (ai sensi dell'art. 15 del C.C.N.L. 2006/2009) (*)

☐ Motivi personali o familiari - ☐ Lutto - ☐ Matrimonio - ☐ Partecipazione a concorso od esami

☐ **LEGGE 104/92** - _____ giorni già goduti nel mese: ☐ 1 - ☐ 2 - ☐ 3

☐ **ASPETTATIVA PER MOTIVI DI FAMIGLIA O STUDIO** (Senza retribuzione)

☐ **MANDATO AMMINISTRATIVO** (ai sensi del D.L.vo 267/2000)

☐ lavori di Giunta - ☐ seduta Consiglio Comunale - ☐ permessi forfetari (24 ore mensili) ore già fruite nel mese _____

☐ **ALTRO** (specificare) _____

Durante il periodo di assenza sarà domiciliato in: Via _____ Città' _____

Allega: _____

Autocertifica (ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n. 445 del 8.12.2000) _____

Melfi, _____

FIRMA

VISTO: ☐ si autorizza
☐ non si autorizza

Il Dirigente Scolastico
prof. Giovanni GRUOSSO