

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL'ISTITUTO COMPRENSIVO
DI CASTENASO

Il/la sottoscritto/a _____

in servizio presso codesto Istituto in qualità di

collaborat. _____ scolastico _____ a tempo ☐ determinato ☐ indeterminato

assistente amm. _____

COMUNICA

alla S.V. di assentarsi dal _____ al _____ per un totale di giorni _____ per

1. ☐ malattia *

2. ☐ visita medica (orario previsto : _____ luogo : _____)

(orario di servizio : dalle ore _____ alle ore _____)

CHIEDE

alla S.V. di assentarsi per gg. _____ dal _____ al _____ per:

☐ permesso retribuito o ☐ permesso non retribuito (personale a tempo determinato)
per: ☐ concorsi /esami - ☐ motivi personali/familiari - ☐ lutto - ☐ matrimonio

☐ aspettativa per motivi di famiglia/studio

☐ altro caso previsto dalla normativa vigente: _____

*

Durante tale periodo il proprio recapito sarà il seguente :

ALLEGA : ☐ Certificato medico
☐ Certificazione ricovero ospedaliero
☐ Documentazione giustificativa richiesta permesso
☐ Autocertificazione giustificativa richiesta permesso

Data,

Firma _____