

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL'ISTITUTO COMPRENSIVO
DI CASTENASO

Il/la sottoscritto/a

in servizio presso codesto Istituto in qualità di

collaborat. scolastic 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)

C H I E D E

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 :

- ALLEGÀ : Certificato medico
 Certificazione ricovero ospedaliero
 Documentazione giustificativa richiesta permesso
 Autocertificazione giustificativa richiesta permesso

Data,

Firma