

Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo Indro Montanelli
Roma

Il/La sottoscritt_ _____ in servizio presso codesto
Istituto Comprensivo, nella sede di _____, in qualità
di _____ a tempo determinato/indeterminato,

CHIEDE

alla S.V. di poter usufruire del seguente periodo di assenza

dal _____ al _____

- Ferie a.s. corrente
(art. 13 CCNL 29/11/2007)
- Ferie a.s. precedente
(art. 13 CCNL 29/11/2007)
- Festività soppresse
(art. 14 CCNL 29/11/2007)
- Malattia / Visita specialistica / Accertamenti diagnostici
(art. 17 CCNL 29/11/2007)
- Malattia per grave patologia
(art. 17 CCNL 29/11/2007)
- Malattia per infortunio
(art. 20 CCNL 29/11/2007)
- Malattia per causa di servizio
(art. 20 CCNL 29/11/2007)
- Aspettativa per motivi di famiglia, di lavoro e di studio
(art.18 CCNL 29/11/2007)

Protocollo del certificato medico _____

Roma, _____

Firma del Dipendente

Visto: si concede
Il D.S.G.A
Dott.ssa Carla Anulli

Visto: si concede
Il Dirigente Scolastico
Prof.ssa Stefania Fiaschitello