

Il / la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_

In servizio presso I.P.S.S.A.R. "G. Maffioli" presso la sede di \_\_\_\_\_

CHIEDE alla S.V. :

Un periodo di assenza/aspettativa dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per totale gg \_\_\_\_\_

Per motivi:

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Malattia           | <input type="checkbox"/> Gravi patologie        | <input type="checkbox"/> Famiglia            |
| <input type="checkbox"/> Lutto              | <input type="checkbox"/> Donazione sangue       | <input type="checkbox"/> L.104               |
| <input type="checkbox"/> Permessi sindacali | <input type="checkbox"/> Mandato amministrativo | <input type="checkbox"/> Funzione c/o seggio |
| <input type="checkbox"/> Teste in giudizio  | <input type="checkbox"/> Aggiornamento          | <input type="checkbox"/> Permesso per studio |
| <input type="checkbox"/> Matrimonio         | <input type="checkbox"/> Altro _____            |  |

**Dichiara inoltre che nel periodo predetto è domiciliato:**

via \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_

**Allegati:**  certificato medico  altro \_\_\_\_\_

In relazione alla data presunta del parto previsto per il \_\_\_\_\_

interdizione dal \_\_\_\_\_  Astensione obbligatoria dal \_\_\_\_\_

Astensione facoltativa dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Malattia del figlio inf. 3 anni  Malattia del figlio dai 3/8 anni

Gravi motivi art. 4 comma 2 L. 53/00  Controlli prenatali

Orario ridotto per allattamento dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Altro \_\_\_\_\_

**Relativo al figlio/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_**

Allegati:  certificato medico  certificato di nascita  dichiarazione del coniuge

dichiarazione del datore di lavoro  altro \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Firma dipendente

\_\_\_\_\_ Firma referente reparto/ufficio

AUTORIZZA

NON AUTORIZZA

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

D.S.G.A.