**Al Dirigente Scolastico**

**Direzione Didattica Statale**

**I Circolo - OLBIA**

Il/la sottoscritto/a\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in servizio presso codesto Istitutoin qualità di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con contratto a tempo \_\_\_\_\_\_\_\_\_**DETERMINATO/INDETERMINATO**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# C H I E D E

alla S.V. di assentarsi per gg.**\_\_ \_\_\_\_\_**DAL **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**AL **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** per:

* ferie *(ai sensi dell’art. 13 del C.C.N.L. 2006/2009)* a.s. precedente - a.s. corrente

festività soppresse *(previste dalla legge 23/12/1977, n° 937)*

recupero

* malattia *(ai sensi dell’art. 17 del C.C.N.L. 2006/2009)*

ricovero ospedaliero visita specialistica analisi cliniche

permesso retribuito *(ai sensi dell’art. 15 del C.C.N.L. 2006/2009)*

concorsi/esami - motivi personali/familiari - matrimonio

permesso **non** retribuito per motivi personali e familiari concorsi/esami

aspettativa per motivi di: *(ai sensi dell’art. 18 del C.C.N.L. 2006/2009)*

famiglia - lavoro - personali - studio

legge 104/92 - giorni già goduti nel mese: 1 - 2 - 3

personali per familiare

infortunio sul lavoro e malattia dovuta a causa di servizio *(ai sensi dell’art. 20 del C.C.N.L. 2006/09)*

altro caso previsto dalla normativa vigente: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

diritto allo studio per ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*frequenza lezioni - attività di studio per preparazione e sostenimento esami*

*attività di studio e ricerca per preparazione e deposito tesi di laurea.*

*(da giustificare come da art. 4 della Modifica Contrattaz.Integr.Reg.le quadriennio 2007-10).*

Durante il periodo di assenza il sottoscritto sarà CITTA’ \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ TEL./CELL.

Olbia li,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Con Osservanza

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^**

**Vista la domanda, Il D.S. D.ssa Giuseppina Anna Rita Pino**

si concede

non si concede