AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DEL LICEO "TERESA CICERI"
COMO

La sottoscritta ______________________ nat il ____________ a __________________

in servizio presso codesta istituzione scolastica in qualità di ____________________________ con contratto di lavoro a tempo indeterminato

C H I E D E

alla S.V. di assentarsi per gg.________ dal ________________ al __________________
per:

☐ **malattia** *(ai sensi dell'art. 17 del C.C.N.L. 2006/2009)*
☐ visita specialistica - ☐ ricovero ospedaliero - ☐ analisi cliniche - ☐ day hospital
☐ **permesso retribuito** *(ai sensi dell'art. 15 del C.C.N.L. 2006/2009)(Documentati)*
☐ motivi personali/familiari ☐ concorsi/esami - ☐ lutto - ☐ matrimonio
☐ **permesso non retribuito** ☐ motivi personali/familiari ☐ concorsi/esami - ☐ altri motivi
☐ **legge 104/92** (☐ **per sé** ☐ **familiare**) giorni già goduti nel mese: 3
☐ **infortunio sul lavoro e malattia dovuta a causa di servizio** *(ai sensi dell'art. 20 del C.C.N.L. 2006/09)*
☐ **aspettativa** per motivi di: *(ai sensi dell'art. 18 del C.C.N.L. 2006/2009)*
☐ famiglia - ☐ lavoro - ☐ personali - ☐ studio
☐ **permesso retribuito per donatori di sangue** (Legge 4/5/1990 n.107)
☐ **altro caso previsto dalla normativa vigente:** ________________________________

Durante il periodo di assenza il sottoscritto sarà domiciliato in ______________________

via ___________________________n°__________ tel. ____________________________

- SI ALLEGA
  ____

Como li,_____________

Con Osservanza

____

^^

Vista la domanda, ☐ si concede ☐ non si concede

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Vincenzo IAIA