**Richiesta astensione dal lavoro**

# Al Dirigente Scolastico

**dell’I.I.S.S. “Calogero Amato Vetrano”**

[**agis01200a@istruzione.it**](mailto:agis01200a@istruzione.it)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

in servizio presso codesto Istituto in qualità di:

□ Personale Docente/Educativo - classe di concorso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ Personale A.T.A. - qualifica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con contratto a tempo: □ Indeterminato - □ Determinato

**Chiede di potersi assentare**

dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per complessivi gg. \_\_\_\_\_\_\_\_\_

**per il seguente motivo:**

□ Ferie □ corrente anno scolastico □ precedente anno scolastico

□ Festività soppresse

□ Riposo compensativo

□ Permesso per donazione sangue \*

□ Permesso per doveri civili/politici (test., giud. pop., mandato politico/amministrativo)\*

□ Permesso per motivi personali/familiari \*

□ Permesso per lutto familiare \*

□ Permesso per matrimonio \*

□ Permesso per partecipazione a concorsi/esami e/o corsi di formazione o aggiornamento \*

□ Permesso giornaliero Legge 104 □ Cognome e nome dell’assistito \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ Assenza per malattia Protocollo univoco certificato medico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ Visita specialistica \* □ Grave patologia □ Terapia salva vita

□ Ricovero ospedaliero \* □ Day service \*

□ Infortunio: □ sul lavoro \* - □ in itinere \*

□ Comunicazione sciopero giornaliero

(\*) allegare documentazione giustificativa

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Firma del sostituto | 1° ora |  | 5° ora |  |
|  |  |
| 2° ora |  | 6° ora |  |
|  |  |
| 3° ora |  | 7° ora |  |
|  |  |
| 4° ora |  |  |  |
|  |  |

Luogo e data Firma del Dipendente

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