Alla Dirigente scolastica

Dott. Cristina Crepaldi

LA/IL SOTTOSCRITTA/O ……………………………………………………………………

chiede:

**CONGEDO STRAORD. RETRIBUITO** dal al ……….….. (gg. ….) per (x):

 □ **malattia** *(visite mediche intera giornata)*

 □ **partecipazione a concorso o esami** *(max 20 gg. in un anno – vedi normativa)*

 □ **assistenza ad invalidi o handicappati** *(L. 104 – gg. 3 al mese)*

 □ **lutto familiare** *(da gg. 1 a gg. 5 secondo il grado di parentela)*

 □ **gravi motivi** *(fino a gg. 5 x a.s.).* giorni giá fruiti dall´inizio dell´anno scolastico:..*..*

 □ **matrimonio** *(gg. 15 consecutivi)*

 □ **donazione sangue**

 □ **aggiornamento** *-* *specificare -*

 □ **permesso per motivi di studio** dal al (ore )

PERMESSO BREVE

**** per **terapie o visite mediche** (da documentare) il ………. dalle ore ……….. alle ore …..…

**** per **motivi personali**  (da recuperare) il ……….. dalle ore ……… alle ore …………

CONGEDO OBBLIGATORIO PER MATERNITA’ dal ….….. al ……………….

*complessivamente 5 mesi*

CONGEDO STRAORD. PER CURE AI FIGLIdal …………….…. al …………………

*minori di 12 anni (gg. 60 nell’arco di 12 anni)* (da documentare*)*

**ASPETTATIVA NON RETRIBUITA** dal …………….. al ……..……………..

*per motivi personali, di famiglia, di studio*

*Data Firma*

 *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*