AL DIRIGENTE SCOLASTICO
Istituto d'Istruzione Superiore
"E. RUFFINI – D. AICARDI"

Il/la sottoscritto/a_____

in servizio presso codesto Istituto con contratto a tempo _____
(indeterminato/determinato)

C H I E D E

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 -
 donazione sangue

permesso retribuito *(ai sensi dell'art. 15 del C.C.N.L. 2006/2009 e leggi 53 e 645)*
concorsi/esami *(gg. 8)* - motivi personali/familiari *(gg.3)* - lutto *(gg.3)*
matrimonio *(gg. 15)* - documentata grave infermità del coniuge o di un parente entro il 2° grado *(gg. 3)* - permessi per le lavoratrici gestanti (accertamenti/visite)

aspettativa per motivi di: *(ai sensi dell'art. 18 del C.C.N.L. 2006/2009)*
famiglia - lavoro - personali - studio

legge 104/92 *(gg. 3)* - giorni già goduti nel mese: 1 - 2 - 3

infortunio sul lavoro *(ai sensi dell'art. 20 del C.C.N.L. 2006/09)*

 formazione in servizio (*gg. 5)* (*ai sensi dell'art. 63 del C.C.N.L. 2006/2009)*

altro caso previsto dalla normativa vigente: _____

permesso breve: per il giorno _____dalle ore _____ alle ore _____
per un totale di ore _____

Durante il periodo di assenza il sottoscritto sarà domiciliato in _____

via _____n°_____ tel. _____

- Si allega _____

Taggia li,_____

Con Osservanza

IL DOC. REF. _____ _____
^^^