

AI DIRIGENTE SCOLASTICO
I.C. BADIA POLESINE

Il/la sottoscritto/a _____
in servizio presso questo istituto in qualità di _____
con contratto a tempo _____

CHIEDE

di poter usufruire per il periodo dal _____ al _____ per complessivi n. _____
giorni di:

- ASSENZA PER MALATTIA (allega certificato medico)
- VISITA MEDICA (allega dichiarazione medica)
- RICOVERO OSPEDALIERO O DAY HOSPITAL (allega certificato di ricovero)

- PERMESSO RETRIBUITO PER:
 - partecipazione concorsi od esami;
 - lutto familiare per la perdita di _____;
 - i seguenti motivi personali/familiari _____
_____;

- ASPETTATIVA PER MOTIVI DI FAMIGLIA/STUDIO;

- ALTRO CASO PREVISTO DALLA NORMATIVA VIGENTE (specificare) _____
_____;

A tale fine allega o si riserva di presentare:

- la seguente documentazione giustificativa:** _____;
- dichiarazione personale**

(data)

(Firma)