**AL DIRIGENTE SCOLASTICO**
**DELL' ISTITUTO COMPRENSIVO "PAOLO SOPRANI"**
**CASTELFIDARDO**

Oggetto: **Richiesta di astensione dal lavoro.**

_ l _ sottoscritt __ _____
Docente di ❑ Scuola Infanzia ❑ Scuola Primaria ❑ Scuola Secondaria I Grado
nel Plesso _____
❑ DSGA ❑ Assistente Amministrativo ❑ Collaboratore Scolastico
in servizio presso questo Istituto nel corrente anno scolastico
con incarico ❑ a tempo indeterminato
❑ determinato
**CHIEDE** alla S.V. di poter usufruire per il periodo:
dal _____ al _____ per complessivi n. _____ giorni di :

❑ FERIE } ○ relative al corrente anno scolastico _____
○ maturate e non godute nel precedente anno scolastico _____

❑ Festività previste dalla legge 23 dicembre 1977, n.937

❑ Permesso retribuito per } ○ partecipazione a concorso / esame
○ lutto familiare
○ motivi personali / familiari
○ matrimonio

❑ Malattia (*)
❑ Altro caso previsto dalla normativa vigente (**)_____
_____
Con osservanza,
Castelfidardo, _____ _____
(firma dipendente)

(*) allegare certificazione medica
(**)allegare documentazione giustificativa

| | | |
|---|---|---|
| RECUPERO ❑ | POTENZIAMENTO ❑ | ORE ECCEDENTI ❑ |
| COMPRESENZA ❑ | IMPOSSIBILITA' A COPRIRE ❑ | |

Responsabile di Plesso _____

Vista la domanda,
❑ si concede ❑ non si concede

**Il Dirigente Scolastico**
**Dott.ssa Monica Marchiani**