

LA/IL SOTTOSCRITTA/O chiede:

CONGEDO STRAORD. RETRIBUITO dal al nr. 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*)
nome della persona da assistere

lutto familiare (*da gg. 1 a gg. 5 vedi normativa*) - grado di parentela

gravi motivi (*fino a gg. 5 x a.s.*) - giorni già fruiti dall'inizio dell'anno scolastico n.

matrimonio (*gg. 15 consecutivi*) - data evento

donazione sangue

aggiornamento - specificare -

permesso per motivi di studio dal al ore

altri motivi - specificare -

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'/PATERNITA'

dal al (*complessivamente 5 mesi maternità / 10 giorni paternità*)

CONGEDO PARENTALE

(*entro i primi 12 anni di vita del bambino, 8 mesi retribuiti al 30%*):

dal al

nome figlia/o data di nascita figlia/o

CONGEDO STRAORD. PER CURE AI FIGLI

(*gg. 60 nell'arco dei primi 12 anni, di cui max 5 gg. in ore*)

dal al dalle ore alle ore

nome figlia/o data di nascita figlia/o

ASPETTATIVA NON RETRIBUITA

dal al

per motivi personali, di famiglia, di studio

Firma

Data

Visto IL DIRIGENTE SCOLASTICO

dott. Marco Fontana