

N. CERT. MEDICO

**N.B. la presente richiesta deve pervenire esclusivamente
in originale – non sono ammessi invii tramite fax o via e-mail**

Al Dirigente Scolastico
I.C.S. "GIOVANNI XXIII"
Cesate (MI)

Oggetto: **ASSENZA DAL LAVORO**

La/Il sottoscritto/a
cognome e nome qualifica

in servizio nel corrente a.sc. con contratto a tempo T.I T.D plesso di servizio _____

chiede

€ **PERMESSO RETRIBUITO**

€ **PERMESSO NON RETRIBUITO**

dal ____/____/201__ al ____/____/201__ per complessivi giorni _____ :

dal ____/____/201__ al ____/____/201__ per complessivi giorni _____ :

per la seguente motivazione:

lutto familiare
matrimonio
partecipazione concorso/esame/corso di aggiornamento
permesso sindacale
altro: _____

ALLEGA:

Indirizzo di reperibilità (solo nel caso in cui si sia in altro domicilio)

Cesate,

.....
firma del dipendente

RISERVATO ALLA SEGRETERIA:

La presente è pervenuta in data ____/____/20__

Protocollo attribuito _____ del ____/____/201__

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
(dr. Fernando Antonio Panico)

Per il personale ATA: Parere del DSGA

IL D.S.G.A.
(Simonetta Calegari)