



ISTITUTO COMPRENSIVO "GINO STRADA"

Via Ildebrandino n. 23 - 50050 CERRETO GUIDI (FI) - Tel. 057155702 – Fax 057155338

Cod. Fisc. 82010010484 – Cod.Min. FIIC867007 – Codice univo ufficio: UFUGI5

e-mail: fiic867007@istruzione.it PEC: fiic867007@pec.istruzione.it

AI DIRIGENTE SCOLASTICO I.C. "GINO STRADA" di Cerreto Guidi (FI)

Il/La sottoscritt... _____ profilo prof.le _____
in servizio presso codesto Istituto nel corrente A.S. con contratto a tempo determinato / indeterminato

CHIEDE / COMUNICA

– alla S.V. di usufruire, come di seguito indicato, di:

<input type="checkbox"/> FERIE <input type="checkbox"/> relative al corrente A.S. 20.../20...(gg.....) <input type="checkbox"/> maturate e non godute nel precedente A.S. 20.../20...(gg.....)	dal _____ al _____ gg. _____ ; dal _____ al _____ gg. _____ ; dal _____ al _____ gg. _____ ; dal _____ al _____ gg. _____ .
<input type="checkbox"/> FESTIVITA' SOPPRESSE	dal _____ al _____ gg. _____ ; dal _____ al _____ gg. _____ ; dal _____ al _____ gg. _____ ; dal _____ al _____ gg. _____ .

PERMESSI ORARI/GIORNALIERI/(FAMILIARI/PERSONALI) – GIORNI DI RECUPERO – LEGGE 104 – CONGEDI – VISITE MEDICHE – MALATTIA – LUTTO – DIRITTO ALLO STUDIO - ALTRO

– DI USUFRUIRE/AVER USUFRUITO PER IL PERIODO DAL _____ AL _____ DI COMPLESSIVI N. _____ GIORNI
DI:

<input type="checkbox"/> RECUPERO ore di lavoro straordinario (effettuato/da effettuare) per l'intera giornata	
<input type="checkbox"/> RECUPERO ore di lavoro straordinario (effettuato/da effettuare) dalle _____ alle _____ tot. ore _____	
<input type="checkbox"/> PERMESSO retribuito / non retribuito (*)	<input type="checkbox"/> partecipazione a concorso/esame..... <input type="checkbox"/> lutto familiare..... <input type="checkbox"/> motivi familiari/personali..... <input type="checkbox"/> matrimonio..... <input type="checkbox"/> diritto allo studio.....
<input type="checkbox"/> MATERNITA'	<input type="checkbox"/> interdizione per gravi complicanze della gestazione (**) <input type="checkbox"/> astensione obbligatoria (**) <input type="checkbox"/> congedo parentale <input type="checkbox"/> congedo parentale malattia figlio (**)
<input type="checkbox"/> MALATTIA (**)	<input type="checkbox"/> visita specialistica - giornaliero/orario <input type="checkbox"/> analisi cliniche - giornaliero/orario <input type="checkbox"/> ricovero ospedaliero
<input type="checkbox"/> LEGGE 104/92 dal _____ al _____ - dal _____ al _____ - dal _____ al _____	
<input type="checkbox"/> ASPETTATIVA per motivi di famiglia/lavoro/personali/studio	
<input type="checkbox"/> DONAZIONE SANGUE	
<input type="checkbox"/> altro caso previsto dalla normativa vigente (*):	

Il sottoscritto dichiara che nel predetto periodo sarà reperibile al seguente indirizzo/recapito:

Cerreto Guidi, _____

_____ (firma del dipendente)

(*) allegare documentazione giustificativa

(**) allegare certificazione medica

RISERVATO ALLA SEGRETERIA

VISTO: si concede / non si concede

IL D.S.G.A. f.f.
A.A. Cellai Cristina

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof.ssa Menichetti Gabriella