

**Al Dirigente Scolastico
Istituto di Istruzione Secondaria
Scuola Media di Portomaggiore (FE)**

Il/La sottoscritt _____ Docente/D.S.G.A./Assistente
Amm.va/Coll. Scolastico, a tempo determinato/indeterminato, in servizio presso questo Istituto di
Istruzione Secondaria di I° grado, plesso di _____ nel corrente anno
scolastico _____ CHIEDE alla S.V. di poter usufruire dal _____ al
_____ totale gg. _____ di:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> permesso retribuito per | <input type="checkbox"/> partecipazione a concorso/esame (2) |
| | <input type="checkbox"/> lutto familiare (2) |
| | <input type="checkbox"/> motivi personali/famigliari (2) |
| | <input type="checkbox"/> matrimonio (2) |
| | <input type="checkbox"/> permesso donazione sangue (1) |
| | <input type="checkbox"/> esonero dal servizio per formazione (3) |
| | <input type="checkbox"/> altro permesso _____ |
| <input type="checkbox"/> permesso non retribuito per (personale a T.D.) (3) _____ | |
| <input type="checkbox"/> malattia (1) | |
| <input type="checkbox"/> grave patologia | |
| <input type="checkbox"/> assenza per visita medica specialistica (1) | |
| <input type="checkbox"/> aspettativa per motivi di famiglia/studio (2) | |
| <input type="checkbox"/> altro caso previsto dalla normativa vigente (2) _____ | |
| <input type="checkbox"/> altre comunicazioni _____ | |

Comunica, ai fini del controllo medico fiscale, che durante il periodo dell'assenza sarà reperibile al seguente indirizzo:

Via/Piazza _____ n. _____

Città _____ cap. _____ tel. _____

Cognome sul campanello _____ (indicare solo se diverso)

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza delle fasce orarie di reperibilità per il controllo fiscale: dalle ore **9.00** alle ore **13.00** – dalle ore **15.00** alle ore **18.00** di tutti i giorni compresi i non lavorativi ed i festivi.

Data _____

Firma del dipendente

Firma coordinatore di sede/DSGA

VISTO: si concede/non si concede

Il Dirigente Scolastico

- (1) allegare certificazione medica/ attestazione medica
(2) allegare documentazione in autocertificazione
(3) allegare documentazione certificativa

Istituto Istruzione Secondaria Scuola Media Portomaggiore	
DATA	_____
PROT:	_____
TIT:	F.P.