

**Oggetto: Richiesta astensione dal lavoro.**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_,  
(Cognome e Nome) (qualifica)

In servizio presso codesto Istituto nel corrente A.S. con contratto a tempo \_\_\_\_\_  
(indeterminato/determinato)

**CHIEDE** alla S.V. di poter usufruire per il periodo:

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ di complessivi n° \_\_\_\_\_ giorni di:

<input type="checkbox"/> Ferie	<input type="checkbox"/> Relative al corrente A.S. <input type="checkbox"/> Maturate e non godute nel precedente A.S.
<input type="checkbox"/> Festività soppresse previste dalla legge n.937/77	
<input type="checkbox"/> Recupero	
<input type="checkbox"/> Permesso retribuito per(*):	<input type="checkbox"/> Partecipazione a concorso/esame <input type="checkbox"/> Lutto familiare <input type="checkbox"/> Matrimonio <input type="checkbox"/> Motivi familiari/personali ai sensi del DPR 445/2000 si dichiara _____ <input type="checkbox"/> Formazione/aggiornamento (CCNL art.64 comma 5)
	<input type="checkbox"/> Interdizione per gravi complicazioni della gestazione(**) <input type="checkbox"/> Astensione facoltativa (L.1204/71, art. 7 comma 1°)(* ) <input type="checkbox"/> Astensione facoltativa (L.1204/71, art. 7 comma 2°)(**) <input type="checkbox"/> Astensione obbligatoria(**)
<input type="checkbox"/> Malattia(**)	
<input type="checkbox"/> Aspettativa per motivi di:	<input type="checkbox"/> famiglia <input type="checkbox"/> personali <input type="checkbox"/> studio <input type="checkbox"/> lavoro
<input type="checkbox"/> Legge 104	Giorni già concessi nel mese: 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Infortunio(**)	
<input type="checkbox"/> Formazione in servizio (CCNL art.64 comma 3)	
<input type="checkbox"/> Altro caso previsto dalla normativa vigente(*)	

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

\_\_\_\_\_  
(località, via o piazza, n° civico e n° di telefono)  
 Pozzuoli, \_\_\_\_\_  
(data) (firma del dipendente)

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

**NOTE DELLA DSGA**

**VISTO:**

si concede  
 non si concede

\_\_\_\_\_  
(l'Assistente Amministrativo addetto al controllo)

\_\_\_\_\_  
(Il Direttore dei Servizi GG.AA.)

**NOTE DELLA DIRIGENTE SCOLASTICA**

**VISTO:**  si concede  non si concede

\_\_\_\_\_  
(La Dirigente Scolastica)