MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO
Istituto Comprensivo "Via Santi Savarino"
Via Santi Savarino, 16 – 00128 Roma ☎ 06/5083954
C.F. 97713500581 ✉ rmic8fg00a@istruzione.it

MODULO RICHIESTA CONGEDI

Prot………………… del _____________ **AL DIRIGENTE SCOLASTICO**

Il/la sottoscritto/a…………………………………………………………………………………… in servizio presso codesto Istituto in qualità

di…………………………………………… ☐ T.I. ☐ T.D. in data ____________________

C H I E D E

alla S.V. di assentarsi per gg.________ dal _______________ al _________________ per:

☐ MALATTIA** ☐ VISITA SPECIALISTICA ☐ DAY HOSPITAL

PERMESSO RETRIBUITO*
☐ CONCORSI ☐ ESAMI ☐ LUTTO
☐ MOTIVI PERSONALI/FAMILIARI motivazione: ____

MATERNITÀ per:
☐ interdizione complicanze gestazione** ☐ astensione obbligatoria**
☐ cong. parentale malattia bambino ***(indicare l'età del bambino)***: ☐ 1-3 anni ☐ 4-8 anni
☐ congedo parentale bambino 1-8 anni età ***(indicare l'età del bambino)*** ☐ 1-3 anni ☐ 4-8 anni
(da chiedere 15gg. prima)*

☐ ASPETTATIVA PER MOTIVI DI FAMIGLIA / STUDIO ☐ PERMESSO STUDIO 150 ORE

PERMESSO L. 104/92 ***(barrare a seconda della tipologia)*:**

☐ permesso portatore handicap ☐ permesso accompagnatore portatore handicap

☐ ALTRO caso previsto dalla normativa vigente: ____

Durante il periodo di assenza il sottoscritto sarà domiciliato in Città_______________

via __________________________________n°______ tel. ______________________________

- SI ALLEGA ____

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

Con Osservanza

____

^^
VISTO DSGA (solo per personale ATA)
Valentina Ballarini

Vista la domanda,
☐ si concede
☐ non si concede

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof. Alvise Mattei