

ISTITUTO STATALE COMPRENSIVO PER CIECHI

Viale Marconi,6 - 06081 ASSISI (Perugia) www.icciechiassisi.edu.it

[Tel. 075/812553](tel:075/812553) – [e.mail. pgic81500l@istruzione.it](mailto:pgic81500l@istruzione.it) - C.M. : PGIC81500L

**Al Dirigente scolastico
Istituto Comprensivo per Ciechi**

il/la sottoscritto/a _____ in servizio presso codesto I.C. nel

corrente A.S. con qualifica di _____

con incarico a tempo

☐

determinato

☐

indeterminato

chiede alla S.V. di poter usufruire per il periodo:

dal _____ al _____ per complessivi n. _____ giorni di:

☐

malattia * N° Prot. certificato medico _____

☐

malattia accertamenti clinici **

☐

ferie

☐

festività previste dalla Legge 937/77

☐

permesso retribuito per: (*)

☐

Legge 104/92 -

☐

aspettativa non retribuita per motivi di famiglia/studio *

☐

Permesso per motivi personali/familiari

☐

altro caso previsto dalla normativa in vigore *

(*) allegare documentazione o autocertificazione

(**) allegare certificazione medica

Data _____

Firma _____

Il Dirigente Scolastico
