

__l__ sottoscritt__ _____ con la qualifica di _____,
con contratto a tempo indeterminato/determinato, in servizio, per il corrente anno scolastico
presso _____

C H I E D E

di poter fruire di gg. ____ di

<input type="checkbox"/>	Assenza per malattia
<input type="checkbox"/>	Visita Medica / Accertamenti diagnostici
<input type="checkbox"/>	Assenza per aspettativa per motivi di famiglia e/o di studio
<input type="checkbox"/>	Ferie
<input type="checkbox"/>	Festività sopprese
<input type="checkbox"/>	Permesso retribuito per motivi personali e/o familiari
<input type="checkbox"/>	Permesso per partecipazione concorsi e/o esami
<input type="checkbox"/>	Permesso per matrimonio
<input type="checkbox"/>	Permesso per lutto familiare
<input type="checkbox"/>	Altro (specificare alla nota 1)

(1) _____

nel/i periodo/i _____

Allega la seguente documentazione _____

Recapito per eventuale reperibilità (se diverso da quella già comunicato) _____

ASL di competenza per la visita fiscale (se diversa da quella già comunicata) _____

Data _____

F I R M A

RISERVATO AL DIRETTORE S.G.A.

VISTO: per parere favorevole alla concessione delle ferie del personale A.T.A. _____

ANNOTAZIONI: _____
