Al Dirigente Scolastico del Liceo G. Galilei - Sede

Al D.S.G.A. del Liceo G. Galilei – sede

...l.. sottoscritt… …………………………………………………………………………………….

nat… a ……………………………………………………. Il ………………………………………..

in servizio presso questo Istituto in qualità di:

A.T.A. □ DOCENTE □

Con contratto a tempo PARZIALE □ DETERMINATO □ INDETERMINATO □

**C H I E D E**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **N° GG.****N° ORE** | **TIPOLOGIA ASSENZA** | **DAL** | **AL** |
|  | FERIE |  |  |
|  | FERIE ANNO PRECEDENTE |  |  |
|  | RECUPERO FESTIVITA’ SOPPRESSE |  |  |
|  | MOTIVI DI SALUTE |  |  |
|  | VISITE SPECIALISTICHE |  |  |
|  | MOTIVI PERSONALI O FAMILIARI |  |  |
|  | RECUPERO ORE ECCEDENTI |  |  |
|  | ASTENSIONE OBBLIGATORIA MATERNITA’ |  |  |
|  | ASTENSIONE FACOLTATIVA POST PARTUM |  |  |
|  | CONGEDI PARENTALI |  |  |
|  | CONCORSO / AGGIORNAMENTO |  |  |
|  | PERMESSO SINDACALE |  |  |
|  | MATRIMONIO |  |  |
|  | ASPETTATIVA |  |  |
|  | PERMESSO NON RETRIBUITO |  |  |
|  | PERMESSO BREVE |  |  |
|  | PERMESSO L. 104/92 |  |  |
|  | ALTRO……………………………………………. |  |  |

Allega la seguente documentazione:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….......

Con osservanza.

Civitavecchia, lì…………………………. Firma ………………………………………………………………

|  |  |
| --- | --- |
| PROT. N°…………………..posiz. FPDel ………………………………………………………….. | Visto si approva:il Direttore SS.GG.AA.(Rag. Gustavo PIROLI)………………………………………………………………………. |
| Visto si approva:il Dirigente Scolastico (Prof.ssa Loredana SAETTA)………………………………………………………………………. |