



Ministero dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca  
**Istituto d' Istruzione Superiore "Confalonieri De Chirico"**  
Istituto Professionale di Stato per i Servizi Commerciali - Liceo Artistico  
Istituto Tecnico Tecnologico Grafica e Comunicazione  
Via B.M. de Mattias, 5 - 00183 Roma - Tel. 06121122085/86 – CF 80200610584  
e-mail: [rmis09700a@istruzione.it](mailto:rmis09700a@istruzione.it) PEC: [rmis09700a@pec.istruzione.it](mailto:rmis09700a@pec.istruzione.it)

AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
SEDE

IL SOTTOSCRITTO.....IN SERVIZIO PRESSO CODESTO ISTITUTO  
nel corrente A.S. IN QUALITÀ DI.....con contratto A TEMPO.....  
CHIEDE ALLA S.V. DI POTER USUFRUIRE PER IL PERIODO

**DAL..... AL..... PER COMPLESSIVI GIORNI.....di**  
**DAL..... AL..... PER COMPLESSIVI GIORNI.....di**

FERIE  RELATIVE AL CORRENTE A.S. ....  
 MATURATE E NON GODUTE NEL PRECEDENTE A.S.....

FESTIVITÀ PREVISTE DALLA LEGGE 23 DICEMBRE 1977 L.93

RECUPERO PER ORE PRESTATE IN Più

PERMESSO PER (\*)  PARTECIPAZIONE A CONCORSO/ESAME  
 LUTTO FAMILIARE  
 MOTIVI PERSONALI/FAMILIARI  
 MATRIMONIO

MATERNITÀ (\*)  INTERDIZIONE GRAVI COMPLICANZE DELLA GESTAZIONE  
 ASTENSIONE OBBLIGATORIA  
 CONGEDO PARENTALE 1-12 ANNI (.....)  
 CONGEDO PARENTALE MALATTIA BAMBINO L 53-2000

MALATTIA (\*\*)

VISITA O ESAMI DIAGNOSTICI (\*\*)

ASPETTATIVA PER MOTIVI DI FAMIGLIA/STUDIO (\*)

ALTRO CASO PREVISTO DALLE NORME VIGENTI (\*).....

Con osservanza

ROMA, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(firma del dipendente)

Si dichiara che nel periodo predetto sarà reperibile al seguente indirizzo:.....

**La presente è pervenuta in data ..... prof. n. ....**

(\*) ALLEGARE DOCUMENTAZIONE GIUSTIFICATIVA (\*\*) ALLEGARE CERTIFICAZIONE MEDICA

**VISTO DAL D.S.G.A.**  
(...)

**VISTO DAL DIRIGENTE SCOLASTICO**  
(Prof.ssa Catapano Maria)

\_\_\_\_\_  
NON SI AUTORIZZA PER IL SEGUENTE MOTIVO.....