

*Ministero dell’Istruzione dell’Università e della Ricerca*

**Istituto d’ Istruzione Superiore “Confalonieri De Chirico” I**stituto **P**rofessionale di Stato per i **S**ervizi **C**ommerciali - **L**iceo **A**rtistico

**I**stituto **T**ecnico **T**ecnologico **G**rafica e **C**omunicazione

Via B.M. de Mattias, 5 - 00183 Roma - Tel. 06121122085/86 – CF 80200610584

e-mail: rmis09700a@istruzione.it PEC: rmis09700a@pec.istruzione.it

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

SEDE

IL SOTTOSCRITTO… IN SERVIZIO PRESSO CODESTO ISTITUTO

nel corrente A.S. IN QUALITA’ 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…………..
* FESTIVITA’ 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
* MATERNITA’ (\*)  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 …………………… prot. n. ……………………………….

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

VISTO DAL D.S.G.A. VISTO DAL DIRIGENTE SCOLASTICO

**(…) (Prof.ssa Giustini Elisabetta)**

NON SI AUTORIZZA PER IL SEGUENTE MOTIVO…………………………………………………………………...