

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
dell'ISTITUTO COMPRESIVO di FOLLINA E TARZO**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ in servizio presso questa Istituzione scolastica sede di \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_ a T.I./T.D.

**CHIEDE DI POTER USUFRUIRE**

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ di complessivi mesi \_\_\_\_\_ giorni \_\_\_\_\_ per:

**MALATTIA art.17** (allegare certificazione medica) o **VISITE SPECIALISTICHE** (allegare certificazione medica)  
dichiara che l'assenza è dovuta/non è dovuta a causa di terzi

**PERMESSO RETRIBUITO  
PER IL PERSONALE A T.I. art.15**

- motivi personali/familiari max gg.3 (**allegare** documentazione e/o dich. personale)  
 partecipazione a concorso/esame max gg.8 (**allegare** documentazione e/o dich. personale)  
 ferie per motivi personali/familiari max gg.6 (**allegare** documentazione e/o dich. personale) indipendentemente dalla possibilità di sostituzione con altro personale in servizio nella stessa sede o da eventuali oneri per l'amministrazione  
 lutto max gg.3 (**allegare** documentazione e/o dich. personale)  
 matrimonio gg.15 (**allegare** documentazione e/o dich. personale)

**PERMESSO NON RETRIBUITO  
PER IL PERSONALE A T.D. art.19**

- motivi personali/familiari max. gg.6 (allegare documentaz. e/o dich.)  
 partecipazione a concorso/esame max gg.8 (allegare doc. e/o dich.)

**PERMESSO RETRIBUITO  
PER IL PERSONALE A T.D art.19**

- matrimonio gg.15 (allegare documentazione e/o dich.) art.19 comma 12  
 lutto max.gg3 (allegare documentazione e/o dichiarazione) art.19 comma 9

**DONAZIONE SANGUE (LG. 4-5-90 n.107 art.13 e 14)**

**ASPETTATIVA PER FAMIGLIA O STUDIO** art.18 (allegare documentazione e/o dich.)

**FERIE (non motivate art. 13)** max gg.6 (in sostituzione o integrazione art. 15) relative al corrente A.S. \_\_\_\_\_  
**(SOLO PER DOCENTI )**

Sarà sostituito come segue:

ORA	NOMINATIVO DOCENTE	FIRMA DOCENTE CHE SOSTITUISCE
1^		
2^		
3^		
4^		
5^		

**RECAPITO** (indicare dove si può essere reperibili in caso di assenza, solo se diverso dal luogo di residenza abituale)

Via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

**IL DIRIGENTE SCOLASTICO**

VISTA la richiesta di cui sopra, ..... CONCEDE quanto richiesto.  
Dispone/Non dispone la visita fiscale.

**IL DIRIGENTE SCOLASTICO  
BRUNA CODOGNO**