

Protocollo n°	del
Decreto Protocollo n°	del

Al Dirigente Scolastico del  
Istituto Istruzione Superiore "M. Paglietti"  
07046 Porto Torres (SS) fax 079 502245

Oggetto: Richiesta astensione dal lavoro.

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

*Cognome e Nome*

*qualifica*

in servizio presso codesto Istituto nel corrente A.S. con incarico a tempo  determinato  indeterminato

nella sede di  Liceo Castelsardo  Liceo Porto Torres  TTL  SMAT

- **chiede alla S.V. di poter usufruire per il periodo:**

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ n. 1 **giorni / ore** ( dalle \_\_\_\_\_ alle \_\_\_\_\_ )

**ferie**

- Relative al corrente a.s.
- Maturate e non godute nel precedente a.s.

**festività** previste dalla Legge 937 del 23 dicembre 1977

**permesso retribuito**

- partecipazione a concorso/esame
- lutto familiare
- motivi personali/familiari (\*\*\*)
- matrimonio

**astensione facoltativa dal lavoro** prevista dalla legge 30/12/1971, n. 1204, 1° comma

**astensione dal lavoro** prevista dalla Legge 30/12/1971, n. 1204, 2° comma, art7 (\*\*)

**malattia** (\*\*)

**aspettativa per motivi familiari/studio** (\*)

**c.3, art. 33, Legge 104/92**

**Permesso breve (Permesso orario con obbligo di recupero)**

**altro caso previsto dalla normativa vigente** (\*) \_\_\_\_\_

Porto Torres, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ *firma del dipendente*

(\*) allegare documentazione

(\*\*) allegare certificato medico

(\*\*\*)dichiarazione personale sul retro

**Visto / parere collaboratore incaricato alla elaborazione/variazione orario**

**Dichiarazione di disponibilità alla sostituzione**

Ora	Cl/Sez	Docente	Firma
1			
2			
3			
4			
5			

Annotazione del D.S.G.A.

Si esprime parere favorevole

Considerate le esigenze di servizio si esprime parere sfavorevole

Il Direttore Servizi Generali e Amministrativi

**Annotazione Del Dirigente Scolastico**

\_\_\_\_\_

Il Dirigente Scolastico