

Al Dirigente Scolastico
"I. C. VIA FABIOLA"
ROMA

..... sottoscritt. in servizio presso questo

IST. COMP. in qualità di _____ Tempo det./Tempo indef. chiede che gli venga/no concessi n. _____

di:

malattia dal _____ al _____ n. _____ giorni

allego certificato medico

non allego certificato medico Prot. n.

malattia (Day Hospital) dal _____ al _____ n. _____ giorni

allego certificato medico

malattia (Ricovero ospedaliero) dal _____ al _____ n. _____ giorni

allego certificato medico

ferie (c.o.) dal _____ al _____ n. _____ giorni

festività soppresse dal _____ al _____ n. _____ giorni

legge 104 dal _____ al _____ n. _____ giorni

fruizione del diritto alla formazione dal _____ al _____ n. _____ giorni
mm 5 CCNL 2006-2007) 5 giorni

allego la giustificazione

permesso studio 150 ore dal _____ al _____ n. _____ giorni

allego certificazione frequenza corsi e/o esami sostenuti

perm. per mot. pers/fam dal _____ al _____ n. _____ giorni

allego la giustificazione

autocertifico

partecipazione a concorsi o esami dal _____ al _____ n. _____ giorni

lutto (3 giorni per evento) dal _____ al _____ n. _____ giorni

matrimonio dal _____ al _____ n. _____ giorni

visita medica special.giornal. dal _____ al _____ n. _____ giorni

visita prenotata per le ore zona

allego la giustificazione con l'indicazione dell'ora di inizio e fine della visita medica

allegherò la giustificazione con l'indicazione dell'ora di inizio e fine della visita medica

In fede

Roma _____

.....