

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_, in qualità di  Docente /  A.T.A. con incarico a tempo:  **Ind.**  **Det.** (al term. Anno scol.)  **Det.** (al term. Att. Did.)  **Det.** (tempor.) chiede/comunica di fruire dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ di complessivi giorni \_\_\_\_\_ per

<input type="checkbox"/>	<b>SALUTE</b> <input type="checkbox"/> <b>VISITA MEDICA (1)</b>	<b>(1) dichiara in calce alla presente si riserva di allegare</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> CORRENTE A.S. - <input type="checkbox"/> PRECEDENTE A.S. <input type="checkbox"/> <b>FERIE</b> <input type="checkbox"/> PER MOTIVI PERSONALI – FAMILIARI <input type="checkbox"/> CON SOSTITUZIONE SENZA ONERI AMM.NE	<input type="checkbox"/> <b>dichiarazione a margine (*) documentazione allegata</b> <input type="checkbox"/> <b>prospetto sostituz. allegato (sost. Doc)</b>
<input type="checkbox"/>	<b>FESTIVITÀ SOPPRESSE</b>	
<input type="checkbox"/>	<b>PERMESSO</b> <input type="checkbox"/> RETRIBUITO <span style="float: right;">PER</span> <input type="checkbox"/> NON RETRIBUITO	<input type="checkbox"/> <b>Partecipazione a concorso</b> <input type="checkbox"/> <b>Lutto familiare</b> <input type="checkbox"/> <b>Motivi personali/familiari</b> <input type="checkbox"/> <b>Matrimonio</b> <b>(Motivi dichiarati (*) e/o documentati)</b>
<input type="checkbox"/>	<b>ASTENSIONE OBBLIGATORIA / INTERDIZIONE ANTICIP. DAL LAVORO PER GRAVI COMPLICAZIONI DELLA GRAVIDANZA</b>	<input type="checkbox"/> <b>Allegata certificazione medica</b> <input type="checkbox"/> <b>Allegata documentazione</b>
<input type="checkbox"/>	<b>CONGEDI PARENTALI</b> <input type="checkbox"/> MALATTIA nel 1° <input type="checkbox"/> 2° <input type="checkbox"/> 3° anno di vita del bambino <input type="checkbox"/> MALATTIA NEI PRIMI <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 8 anni di vita del bambino <input type="checkbox"/> ALTRO CASO PREVISTO DALLA LEGGE	<input type="checkbox"/> <b>Allegata certificazione medica</b> <input type="checkbox"/> <b>Allegata documentazione</b>
<input type="checkbox"/>	<b>ASPETTATIVA PER MOTIVI DI FAMIGLIA</b>	<b>DOCUMENTAZIONE</b> <input type="checkbox"/> <b>agli atti</b> <input type="checkbox"/> <b>allegata</b>
<input type="checkbox"/>	<b>ASPETTATIVA PER MOTIVI DI STUDIO</b>	
<input type="checkbox"/>	<b>LEGGE 104/92</b>	<b>DOCUMENTAZIONE</b> <input type="checkbox"/> <b>agli atti</b> <input type="checkbox"/> <b>allegata</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Altro caso previsto dalla vigente normativa</b> _____	

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_ dichiara (\*) \_\_\_\_\_

**(1) Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_ dichiara:**  che trattasi di visita o accertamenti fuori sede comunale -  trattasi di visita già prenotata e che, presumibilmente, saranno necessarie n° \_\_\_\_\_ ore -  che non è stato possibile prenotare in orario non coincidente con impegni lavorativi.

Civitavecchia \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Eventuali annotazioni dell'amministrazione

\_\_\_\_\_

Visto: Il Dirigente Scolastico  
 Prof.ssa Anna Maria Dema