



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITÀ E DELLA RICERCA
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO

ISTITUTO COMPRENSIVO VIA VOLSINIO

Via Volsinio 23/25 – 00199 ROMA ☎/fax 06 8546344/86321078

E-mail: rmic8d900r@istruzione.it RMIC8D900R@PEC.ISTRUZIONE.IT

Al Dirigente Scolastico

Il/la Sottoscritto/a _____ Docente
 ATA
 Tempo Indeterminato Tempo Determinato

COMUNICA

RICHIEDE

la propria assenza dal servizio per giorni _____ dal _____ al _____
per i seguenti motivi:

- ferie relative al seguente a.s. _____
- ferie maturate nell'a.s. _____
- partecipazione a esami/concorso
- matrimonio
- lutto familiare
- motivi personali o familiari
- L. 104/1992 assistenza a portatori di handicap
- L. 104/1992 permesso personale

ASSENZA PER MALATTIA

ASSENZA L. 1204/71 e succ. mod. e integr.

- interdizione per gravi complicanze di gestazione
- astensione obbligatoria maternità
- astensione obbligatoria puerperio
- astensione facoltativa Art. 7 comma 1
- astensione facoltativa Art. 7 comma 2 (malattia bambino)
- altro _____

ALTRO _____

Il/la sottoscritto/a

- allega la seguente documentazione _____
- si riserva di allegare la relativa documentazione non appena ne sarà in possesso.

Data _____

Firma _____

VISTO SI CONCEDE
Il Dirigente Scolastico
(Dott.ssa Loredana TEODORO)