

**Al Dirigente Scolastico  
dell'I.I.S.S. "C. BATTISTI"  
VELLETRI**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

**Sede di Servizio**    † **AGRARIO**    † **GEOMETRI**    † **L. ARTISTICO**  
† **TECNICO FINANZA E MARKETING**    † **PROFES SERVIZI COMMERCIALI**  
† **SEDE CARCERARIA**

in servizio in questo Istituto in qualità di \_\_\_\_\_

† Ruolo  
† Incarico annuale  
† Supplente temporaneo †  
F.N.AD  
† Per l'anno scolastico  
201\_\_\_/201\_\_\_

**CHIEDE**

Di poter usufruire di **1 GIORNO** IL \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Di poter usufruire di n. \_\_\_\_\_ giorni    dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

† **Ferie**    † **Recupero festività sopresse**    **SOSTITUISCONO I DOCENTI**

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

† **Permesso L. 104/92 Perm accomp.tore HAND.** (Indicare il nominativo dell'assistito 3 gg mensili) \_\_\_\_\_

† **Permesso L. 104/92 Portatore HAND.** (3 gg mensili) \_\_\_\_\_

† **Partecipazione a esame/concorso (8 gg all'anno solo per i Doc di ruolo)**

† **Motivi personali/familiari (3 gg all'anno solo per i Doc di ruolo.)**

† **Lutto (3 gg ad evento)**

† **Matrimonio (15 gg consecutivi)**

† **Permesso patrc.ne (Corsi di Aggiornamento da specificare)** \_\_\_\_\_

† **Avis (Donazione Sangue)**    † **Ricovero Ospedaliero**    † **Day Hospital**

† **Assenza per malattia**    † **Visita specialistica**

† **Astensione obbligatoria per maternità**

† **Interdizione anticipata dal lavoro per complicanze della gestazione**

† **Congedo parentale MALATTIA nei primi 3 anni di vita del bambino**

(MAX 1 mese per Anno Solare retribuita Al 100% con cert. medico    † 1^ anno    † 2^ anno    † 3^ anno)

BAMBIN \_\_\_\_\_ Nat il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a \_\_\_\_\_

*Indicare se negli anni precedenti ha già fruito di giorni di malattia per un tot di giorni* \_\_\_\_\_

**CONIUGE NOME** \_\_\_\_\_ **COGNOME** \_\_\_\_\_

† **Congedo parentale TOT 6 MESI astensione facoltativa nei primi 8 anni di vita (1 mese 100% rest. 5 mesi 30% Pagati)**

BAMBIN \_\_\_\_\_ Nat il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a \_\_\_\_\_

*Indicare se negli anni precedenti ha già fruito del congedi parentali per un tot di giorni* \_\_\_\_\_

**CONIUGE NOME** \_\_\_\_\_ **COGNOME** \_\_\_\_\_ **TOT** \_\_\_\_\_

† **Permesso studio** (150 ore, indicare il numero di ore del permesso Studio) \_\_\_\_\_

**DOCUMENTAZIONE DA PRESENTARE**

† **Allega NUMERO DI certificato medico** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

† **Allegnerà certificato medico**    † **SPECIALISTA**    † **PEDIATRA**

† **Si riserva di presentare attestato di partecipazione all'esame/concorso**

† **ALTRO** \_\_\_\_\_

Velletri \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**IL DIRIGENTE SCOLASTICO**  
( Dott. Eugenio DIBENNARDO)