



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE DI SCUOLA PRIMARIA E
SECONDARIA DI 1°

“G. GIUSTI E C. D’ASSISI”

Via Giusti, 15 - 20154 Milano. Tel. 02-88446864 / Fax. 02-33603252

Codice Mecc. MIIC82400X –www.icgiusti.it - E Mail (igipa@tin.it)

Prot. n°

Milano,

1 sottoscritt _____

- Docente/ Ata a tempo det. / indet. di scuola primaria/ secondaria in servizio nel plesso _____
 - In posizione di Titolare / Trasferito annuale/ Assegnazione provvisoria / Utilizzo
 - In posto Comune/ Sostegno / Religione Catt. / Lingua straniera / Resp. Amm.vo/ Ass. Amm.vo

nella classe _____ sez. _____ orario primo giorno di assenza: _____

CHIEDE

di poter usufruire di n° _____ giorni di assenza dal _____ al _____

per i seguenti motivi:

- Malattia (visita specialistica)
- Malattia
- Malattia con ricovero ospedaliero
- Malattia di grave patologia
- Terapia invalidante
- Permesso retribuito per:
 - partecipazione a concorso/esame (max 8 gg.)
 - lutto familiare (max 3 gg. per evento)
 - motivi personali/ familiari (max 3 gg.)
 - matrimonio (gg. 15)
- Astensione obbligatoria per complicanze gravi della gestazione, art 5 L 1204/71
- Astensione obbligatoria per gravidanza (data presunto parto _____)
- Astensione obbligatoria per puerperio (data nascita figlio/a _____)
- Astensione facoltativa (art 7 comma 1 L 1204/71) primi 30 gg.; data nascita figlio _____)
- Astensione facoltativa (art 7 comma 1 L 1204/71) oltre 30 gg.; data nascita figlio _____)
- Astensione facoltativa (art 7 comma 2 L 1204/71) primi 30 gg.; data nascita figlio _____)
- Astensione facoltativa (art 7 comma 2 L 1204/71) oltre 30 gg.; data nascita figlio _____)
- Aggiornamento (titolo _____ sede _____)
- Permesso di assistenza handicap (L 104/92)
- Permesso per mandato amministrativo
- Permesso per mandato sindacale
- Servizio elettorale
- Recupero servizio elettorale
- Aspettativa per famiglia / studio
- Aspettativa per _____
- Altro _____

Allega la seguente documentazione:

- certificato medico
- autocertificazione
- certificato ospedaliero
- altro _____

Sede domicilio _____ tel. _____
(indicare solo in caso di assenza per malattia e se diverso da quello di residenza o domicilio già dichiarato)

_____ (firma)

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
prof. Roberto Bellini