



Ministero dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca
Ufficio Scolastico Regionale Per il Lazio

ISTITUTO COMPRENSIVO DI RIANO C.M. RMIC576005 C. FIS. 9797490580
Via Cassinini XXIII 2 - 009060 Riano - tel. 06/90331042
e-mail: RMIC576005@istruzione.it PEC: rmi576005@pec.istruzione.it

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
dell'Istituto Comprensivo di RIANO

Il sottoscritto / a _____ in qualità di:
 Docente Assistente Amministrativo Collaboratore Scolastico, in servizio presso questo istituto con
 contratto a TEMPO Indeterminato Determinato Plesso _____
 Turno di servizio dalle ore _____ alle ore _____

CHIEDE

di poter usufruire del seguente periodo:

dal _____ al _____ per complessivi giorni _____ per:

- Ferie: relative al corrente a.s. _____ ALLEGATO A
 maturate e non godute nel precedente a.s. _____
 Festività soppresse (previste dalla legge 23 dicembre 1977, n° 937)
 Malattia - (n. prot. certificato telematico _____)
 Visita specialistica/ accertamenti – Allegare dichiarazione visite specialistiche ALLEGATO B

Permesso per:

- motivi personali/familiari CON ALLEGATO A
 acc.re/ portatore handicap (L.104) – si dichiara che la persona in situazione di disabilità non è ricoverata a tempo pieno presso struttura pubblica o privata
 portatore handicap (L. 104)
 donazione sangue
 partecipazione a concorso/esame CON ALLEGATO A
 partecipazione corsi aggiornamento
 lutto familiare
 studio/ ricerca
 congedo matrimoniale
 obblighi legali/ civili
 funzioni elettorali

congedo parentale D. L.vo 26-03-2001 n°151 Art. 32 CON ALLEGATO C
 Figlio/a _____ Data nascita _____

congedo parentale **malattia** bambino D.L vo 26-03-2001 Art. 47 CON ALLEGATO D
 Figlio/a _____ Data nascita _____

Astensione obbligatoria complicanze gestazionali gravidanza puerperio

Riposo compensativo lavoro straordinario

altro caso previsto dalla normativa vigente _____
 (specificare)

Firma

Riano, _____

Visto: SI AUTORIZZA NON SI AUTORIZZA
 IL DIRIGENTE SCOLASTICO
 Dott.ssa Daniela Librandi