



UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER LA LOMBARDIA
ISTITUTO COMPRENSIVO COMPLETO "SALVO D'ACQUISTO"

VIA Paganini, 30 - 20900 MONZA (MB)
Tel. 039386471 - Fax. 039386471 - sito web: www.iccdacquisto.gov.it - C.F.: 85019050153
mail: miic8aa00t@istruzione.it pec: miic8aa00t@pec.istruzione.it

RICHIESTA DI CONGEDO

Il sottoscritto _____, _____, _____
(Cognome e Nome) (qualifica) (SEDE)

in servizio presso codesto Istituto nell'A.S. _____ con contratto a tempo : indeterminato determinato

CHIEDE

di poter usufruire per il periodo:

dal ____/____/____ al ____/____/____ di complessivi n° _____ giorni di:

<input type="checkbox"/> ferie (Personale ATA)	<input type="checkbox"/> relative al corrente A.S. <input type="checkbox"/> maturate e non godute nel precedente A.S.
<input type="checkbox"/> festività sopresse previste dalla legge 23/12/1977, n° 937	
<input type="checkbox"/> recupero orario	
<input type="checkbox"/> permesso retribuito per (*) (**)	<input type="checkbox"/> partecipazione a concorso/esame <input type="checkbox"/> motivi familiari/personali _____ <input type="checkbox"/> matrimonio
<input type="checkbox"/> maternità (*) (**)	<input type="checkbox"/> interdizione per gravi complicanze della gestazione <input type="checkbox"/> astensione obbligatoria data presunta parto ____ ____ <input type="checkbox"/> Astensione obbligatoria puerperio dal ____ al ____ <input type="checkbox"/> Congedo parentale (L.1204/71, art. 7 comma 2), per il minore _____ nato il _____, a tal fine dichiara che il proprio coniuge non usufruisce di analogo congedo per il suddetto periodo.
<input type="checkbox"/> malattia (**)	<input type="checkbox"/> aspettativa per motivi di famiglia/studio
<input type="checkbox"/> altro caso previsto dalla normativa vigente (**) _____ (*)	<input type="checkbox"/> visita specialistica (**) _____ (Luogo/struttura medica e orario visita)

Il sottoscritto dichiara che nel predetto periodo sarà reperibile al seguente indirizzo:

(località, via o piazza, n° civico e n° di telefono)

_____, _____
(data)

(firma del dipendente)

(*) vedi nota compilazione

(**) allegare certificazione medica/documentazione prescritta

RISERVATO ALLA SEGRETERIA

Il dipendente ha già usufruito di complessivi n° _____ giorni di _____
nel corso : del corrente A.S. del precedente A.S. del triennio

documentazione giustificativa allegata: SI NO
note eventuali _____

(l'Assistente Amministrativo addetto al controllo)

Il Direttore S. G. A.

NOTE DEL DIRIGENTE SCOLASTICO

VISTO:

retribuzione : al 100% ridotta al _____ %
 si concede
 non si concede

Il Dirigente Scolastico