



ISTITUTO ISTRUZIONE SECONDARIA SUPERIORE "FRANCESCO CALASSO"
73100 LECCE – Via Belice, s.n. tel/fax 0832 492676

**Al Dirigente Scolastico
dell'I.I.S.S. "F. Calasso"
LECCE**

Il/la sottoscritto/a _____ in servizio presso questo Istituto in qualità di _____ con contratto a tempo:

- determinato indeterminato

CHIEDE

alla S.V. di assentarsi per giorni _____ dal _____ al _____ per:

- malattia con certificato del medico curante o della guardia medica
- visita specialistica con certificato del medico
- analisi cliniche con certificato della struttura laboratoriale
- day hospital / day surgery /ricovero ospedaliero con certificato della struttura ospedaliera
- post ricovero con certificato del medico curante o della guardia medica
- infortunio
- permesso retribuito
 - concorsi esami lutto donazione sangue
 - motivi personali/familiari per _____
(specificare e dopo la fruizione del permesso consegnare in segreteria l'atto di notorietà)
- permesso non retribuito per: _____
(specificare e dopo la fruizione del permesso consegnare in segreteria l'atto di notorietà)
- aspettativa per motivi di famiglia/studio
- legge 104/92 giorni già goduti nel mese corrente 1 2
- permesso breve: per il giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____
per un totale di ore _____
- ferie anno corrente anno precedente
- festività soppresse recupero

Durante il periodo di assenza il sottoscritto sarà domiciliato in _

Via _____ n. _____ Tel. _____

➤ Si allega _____

Con osservanza

Lecce, _____

Riservato alla presidenza

- si concede non si concede per la seguente motivazione: _____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof. Mario Biagio PORTACCIO