**AL DIRIGENTE SCOLASTICO**

 **I.C. San Pio X – G. Bovio**

 **FOGGIA**

**Oggetto: Richiesta di congedo.**

Il sottoscritta ,

 (Cognome e Nome) (qualifica)

in servizio presso codesto Istituto nel corrente A.S. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_con contratto a tempo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (indeterminato/determinato)

**CHIEDE**

alla S.V. di poter usufruire per il periodo:

**dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ complessivi n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_giorni di:**

|  |  |
| --- | --- |
| ڤ **ferie** | ڤ relative al corrente A.S.ڤ maturate e non godute nel precedente A.S. 201\_ /201\_  |
| ڤfestività soppresse previste dalla legge 23/12/1977, n° 937  |
| ڤ recupero  |
| ڤ permesso retribuito per \* | ڤ partecipazione a concorso/esameڤ lutto familiareڤ motivi familiari/personaliڤ matrimonio |
| ڤ maternità | ڤ interdizione per gravi complicanze della gestazione (\*\*)ڤ astensione obbligatoria (\*\*)ڤ astensione facoltativa (L.1204/71, art. 7 comma 1°) (\*)ڤ astensione facoltativa (L.1204/71, art. 7 comma 2°) (\*\*) |
| ڤ malattia (\*\*) |  |
| ڤ aspettativa per motivi di famiglia/studio  |  |
| ڤ altro caso previsto dalla normativa vigente (\*) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

FOGGIA, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (data) (firma del dipendente)

(\*) allegare documentazione giustificativa

(\*\*) allegare certificazione medica

***VISTO****:*

 si concede

 non si concede

 IL D.S.G.A. Il Dirigente Scolastico

 Dott.ssa Antonella Gioia Leone Prof. ssa Milena Sabrina MANCINI

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_