

Oggetto: Richiesta di astensione dal lavoro.

Il/la sottoscritto/a _____ in servizio presso questa
Istituzione Scolastica con incarico a tempo _____ chiede alla S.V.
di poter usufruire di giorni _____

dal _____ al _____ di:

MALATTIA (**)

VISITA MEDICA SPECIALISTICA (***)

PERMESSO RETRIBUITO per motivi _____ (*)

PERMESSO NON RETRIBUITO per motivi _____ (*)

FERIE art. 21 del C.C.N.L. L./95 - art. 15 del C.C.N.L. /2003

ALTRO: _____

Oristano, _____

Firmato

(*) Allegare documentazione giustificativa.

(**) Allegare certificazione medica (è possibile giustificare con certificato di medico non convenzionato con il S.S.N. per un massimo di due eventi non superiori a gg. 10 ciascuno).

(***) Al terzo evento di malattia la visita specialistica effettuata presso struttura privata deve essere prescritta da una struttura pubblica o da un medico convenzionato con il S.S.N..

Annotazioni del Capo di Istituto

SI AUTORIZZA

NON SI AUTORIZZA

IL DIRIGENTE SCOLASTICO