**Al Dirigente Scolastico**

**dell’IIS M.T. Cicerone**

**Sala Consilina**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Cognome e Nome) (qualifica)

in servizio presso codesto Istituto – sez. \_\_\_\_\_- nel corrente anno scolastico con contratto a tempo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ind./det.)

**COMUNICA / CHIEDE**

di poter usufruire per il periodo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
|  | * partecipazione a concorso/esame/corso di aggiornamento * lutto familiare * matrimonio * permesso studio * donazione sangue * permesso per legge 104/92 * obblighi civili o legali |
| ❑ malattia:  ❑ ricovero  ❑ post -ricovero  ❑ day hospital  **(allegare certificazione medica – ospedale)** |

**Sala Consilina, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

**(firma del dipendente)**

***VISTO****:*

|  |
| --- |
| ❑ si concede  ❑ non si concede  IL DIRIGENTE SCOLASTICO  ( dott.ssa Antonella VAIRO )  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Prot.n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_VII.4 del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_