

Al Dirigente Scolastico  
dell'Istituto Superiore "Ugo Mursia",  
via Trattati di Roma 6, Carini.

Il / La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ Qualifica \_\_\_\_\_

A tempo indeterminato/determinato in servizio presso questa Istituzione Scolastica nell'a.s. \_\_\_\_\_

### CHIEDE

Giorni \_\_\_\_\_ dal \_\_\_/\_\_\_/200\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/200\_\_

di:

- ferie e/o festività sopresse (art. 19.20) (anno 200\_\_/200\_\_) corrente/precedente  
▪ (cancellare quello che non interessa)
- riposo compensativo relativo ai giorni (feriale/festivo) dal \_\_\_/\_\_\_/200\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/200\_\_

permesso retribuito:

- Per donazione sangue
  - Per concorso o esami
  - Lutto
  - Motivi familiari e personali
  - Art. 33 C3 legge 104/92
  - Permesso sindacale
  - Permesso per Matrimonio
  - Permesso per mandato amm/vo
  - Astensione obbligatoria
  - Interdizione
  - Congedo parentale
  - Malattia del bambino < 3 anni
- tutela della maternità (legge 1204/71): \_\_\_\_\_
- assenza per malattia: \_\_\_\_\_

#### Assenza per malattia

N.B. – Le richieste di assenza per malattia, corredate da certificato medico, devono essere presentate entro e non oltre 5 giorni dall'inizio dell'assenza ( Art.17 del CCNL 16/05/03 )

Le rimanenti richieste devono essere presentate antecedentemente alla fruizione previa concessione del Capo D' Istituto e/o D.S.G.A.

#### Permesso retribuito – Legge 104/92

Dichiaro sotto la propria personale responsabilità che il congiunto beneficiario della legge 104, in atto non è ricoverato presso alcun Ente o Istituto di assistenza e che nessun altro familiare ha richiesto tale beneficio.

FIRMA

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

VISTO SI CONCEDE

\_\_\_\_\_

IL DS