LICEO CLASSICO STATALE "V. LINARES"

Liceo Classico / Liceo Scientifico / Liceo Scienze Umane

Via Prof. S. Malfitano n. 2 - 92027 Licata (AG) 0922-772266 fax 0922-775234

Cod. Fiscale: 81000470849 - Cod. Mecc.: AGPC060002 - e-mail: agpc060002@istruzione.it

sito web: www.liceolinares.gov.it - pec: agpc060002@pec.istruzione.it

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DEL LICEO CLASSICO "V. LINARES"
LICATA

Il/la sottoscritto/a ____

Nato/a a ______________________ il ______________________

in servizio presso codesto Istituto in qualità di: **Docente** ☐ **T.I.** ☐ **T.D.** ☐**Suppl. temp.**

CHIEDE

alla S.V. di assentarsi per gg. ________ dal ______________ al ______________ per:

☐ **Malattia** *(art.17 e 19 C.C.N.L. 29/11/2007)* ☐ **Ricovero Ospedal.** ☐ **Visita Special.** ☐ **Gravi Pat.**

☐ **Festività Soppresse** *(previste dalla L.n°937- 3/12/77,)*

☐ **Ferie** *(ai sensi dell'art. 13 e 19 del C.C.N.L. 29/11/2007)*

☐ **Permesso Retribuito** *(ai sensi dell'art. 15 del C.C.N.L. 29/11/2007)* **per:**

☐ **Motivi personali/familiari** - ☐ **Lutto** - ☐ **Concorsi** - ☐ **Esami** - ☐ **Matrimonio**

☐ **Permesso non Retribuito** *(ai sensi dell'art. 19 del C.C.N.L. 29/11/2007)* **per:**

☐ **Motivi personali/familiari** - ☐ **Concorsi** - ☐ **Esami**

☐ **Aspettativa per motivi di famiglia/studio**

☐ **Legge 104/92 art 33**

☐ **Permesso retribuito per diritto allo studio (150 ore) n° ore** ____________

☐ **Altro caso previsto dalla normativa vigente:** ______________________________

Durante il periodo di assenza il sottoscritto sarà domiciliato in ______________________ ______
via ______________________ n° __________ tel. ______________________

- SI ALLEGA ____

Licata lì, ______________

Con Osservanza

____

^^^

Vista la domanda:

☐ si concede

☐ non si concede

Il Dirigente Scolastico
(Prof.ssa Rosetta Greco)