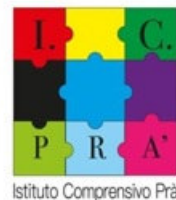




ISTITUTO COMPRENSIVO PRA'

Codice ministeriale: GEIC83500L



Il/la sottoscritto/a _____ in servizio in qualità di
COLLABORATORE SCOLASTICO chiede la concessione e/o comunica l'assenza per il seguente periodo:

- dal ____/____/202__ al ____/____/202__ per giorni ____
- dal ____/____/202__ al ____/____/202__ per giorni ____
- dal ____/____/202__ al ____/____/202__ per giorni ____.

- ☐ MALATTIA
☐ FERIE A.S. 20____/20____
☐ PERMESSO RETRIBUITO

☐ per motivi di lutto, ☐ per studio,
☐ per concorsi ed esami, ☐ per corsi
aggiornamento, ☐ corsi di formazione/
aggiornamento

- ☐ PERMESSO NON RETRIBUITO
☐ FESTIVITA' SOPPRESSE/SANTO PATRONO
☐ MALATTIA s/assegni
☐ INTERDIZIONE PER MATERNITA' L.1204
☐ MATERNITA' L.1204 gravidanza/puerperio
☐ L.104/92
☐ CONGEDO PARENTALE L. 53/2000 e successive
☐ CONGEDO PER CURE INVALIDITA' (SUP. 50%)
☐ ALTRI MOTIVI: _____

Si allega alla presente relativa documentazione.

Genova, lì ____/____/20____

Firma dell'interessato/a

☐ **VISTO**

Il Direttore S.G.A.

☐ **SI CONCEDE**

☐ **NON SI CONCEDE**

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof. Luca GOGGI