

**Al Dirigente Scolastico del Liceo Scientifico "C. Cavour" - Roma**

... l ... sottoscritto/a..... in servizio presso codesto Istituto  
in qualità di ..... nell'anno scolastico .....  
con contratto a tempo        indeterminato                          determinato

**CHIEDE**

di poter fruire dal ..... al ..... per complessivi giorni .....  
dal ..... al ..... per complessivi giorni .....

- Assenza per malattia** (formalizzazione comunicazione telefonica del.....)  
n. protocollo : .....
  
- Assenza per visita medica:** si dichiara che la visita non può essere effettuata in altro orario o in altro giorno  
 Struttura Pubblica                       Struttura Privata/convenzionata
  
- Ferie relative all'anno scolastico in corso**
- Ferie maturate e non godute nel precedente anno scolastico**
- Recupero festività soppresse (fino a 4 gg.)**
- Permesso retribuiti/non retribuiti per:**
  - legge 104/92 "ex art. 33 comma 3";
  - matrimonio (fino a 15 gg.);
  - partecipazione a concorsi ed esami (fino ad 8 gg.);
  - formazione (fino a 5 gg.);
  - lutto familiare (fino a 3 gg.);
  - motivi personali/famigliari (fino a 3 gg.);specificare motivazione \_\_\_\_\_  
*per il personale a tempo determinato v. precisazioni art. 19 CCNL*
  
- Interdizione anticipata per gravi complicanze nella gestazione; L. 53/2000, D. Lgs. 151/2001**
- Congedo maternità (astensione obbligatoria dal lavoro); L. 53/2000, D. Lgs 151/2001**
- Congedo parentale (astensione facoltativa dal lavoro); L. 53/2000, D. Lgs. 151/2001**
- Congedo malattia figlio; L. 53/2000, D. Lgs. 151/2001**
  
- Aspettativa per:**  
(specificare).....
  
- Altro:** .....

Data .....

Firma .....

**IL DIRIGENTE SCOLASTICO**

VISTO il vigente CCNL del Comparto Scuola  
VISTA la richiesta del dipendente

- autorizza
- non autorizza

**Il Dirigente Scolastico**

---