

**Al Dirigente Scolastico**

Il / La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, in servizio presso codesto  
istituto con la qualifica di \_\_\_\_\_, con contratto a tempo  
(indeterminato / determinato) \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di poter usufruire dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per totale giorni \_\_\_\_\_ di:

- Ferie relative a: [ ] a.s. corrente [ ] a.s. precedente
- Recupero festività soppresse a. s. \_\_\_\_\_
- Malattia: [ ] Bambino [ ] Visita medica specialistica [ ] Ricovero Ospedaliero  
[ ] Accertamenti diagnostici
- Permesso retribuito: [ ] Partecipazione a concorsi od esami [ ] Lutto [ ] Matrimonio  
[ ] Motivi personali/familiari (Autocertificazione)
- Legge 104 – 1° [ ] - 2° [ ] - 3° [ ] – (indicare di che giorno trattasi)
- Recupero ore eccedenti del \_\_\_\_\_
- Aspettativa per motivi di: [ ] Famiglia [ ] Lavoro [ ] Personali [ ] Studio
- Maternità
- Infortunio sul lavoro e malattia dovuta a causa di servizio
- Altro caso previsto dalla normativa vigente \_\_\_\_\_

**Eventuale recapito durante l'assenza:**

\_\_\_\_\_

Firma del/della richiedente

\_\_\_\_\_

Recapito telefonico: \_\_\_\_\_

Napoli, \_\_\_\_\_

**VISTO**  
**Il D.S.G.A**

\_\_\_\_\_

**SI AUTORIZZA**  
**Il Dirigente Scolastico**