AL DIRIGENTE SCOLASTICO
I.C. DI VIA ANGELINI
PAVIA

Il/la sottoscritto/a _____

in servizio presso codesto Istituto in qualità di Scegli

con contratto a tempo Scegli

**C H I E D E**

alla S.V. di assentarsi per gg._____ dal _____ al _____ per:

☐ **malattia** ***(ai sensi dell'art. 17 del C.C.N.L. 2006/2009)*** (***allegare certificazione medica***)
**n. prot. Telematico del certificato medico** _____

☐ **visita specialistica** - ☐ **ricovero ospedaliero** - ☐ **day hospital**

**IL SOTTOSCRITTO DICHIARA**

☐ **che l'assenza è dovuta ad infortunio causato da terzi responsabili**

☐ **che l'assenza NON è dovuta ad infortunio causato da terzi responsabili**

permesso retribuito *(ai sensi dell'art. 15 del C.C.N.L. 2006/2009) (allegare idonea documentazione)*

☐ concorsi/esami ☐ motivi personali/familiari
☐ lutto ☐ matrimonio
☐ ferie personale docente (art. 15 c. 2)
☐ attività di formazione: ☐ partecipazione ☐ formatore
(Capo VI, Art. 64, commi 5 e 7)

☐ **aspettativa per motivi di:** ***(ai sensi dell'art. 18 del C.C.N.L. 2006/2009)***
☐ **famiglia** - ☐ **lavoro** - ☐ **personali** - ☐ **studio**

☐ infortunio sul lavoro e malattia dovuta a causa di servizio *(ai sensi dell'art. 20 del C.C.N.L. 2006/09)*

Durante il periodo di assenza il sottoscritto sarà domiciliato in _____

via _____n°_____ tel. _____

- SI ALLEGA _____

Pavia,_____

Con Osservanza

_____

^^^