

**RICHIESTA DI ASTENSIONE DAL LAVORO**

Il/La sottoscritta \_\_\_\_\_

qualifica \_\_\_\_\_ contratto a tempo:  indeterminato  determinato

in servizio presso la scuola primaria/infanzia/sc. secondaria di 1° grado di: \_\_\_\_\_cl./ sez. \_\_\_\_\_

**CHIEDE ALLA S.V. DI POTER USUFRUIRE PER IL PERIODO:**

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ di complessivi n° \_\_\_\_\_ giorni di:

**Malattia / visita specialistica (\*)** (C.C.N.L. - art. 17, c. 1-18) (C.C.N.L. - art. 19, c. 3-6, 10,11)

**Infortunio sul lavoro / malattie dovute a causa di servizio (\*)** (C.C.N.L. - art. 20, c. 1-3)

**Gravi patologie (\*)** (C.C.N.L. - art. 17, c. 9) (C.C.N.L. - art. 19, c. 15)

Dichiara che nel predetto periodo sarà reperibile al seguente indirizzo: (località, via o piazza, n° civico e n° di telefono):

\_\_\_\_\_

comunica che dal giorno \_\_\_\_\_ sarà a disposizione della scuola.

IN FEDE

\_\_\_\_\_  
(\* ) allegare certificazione medica

\_\_\_\_\_  
Firma del dipendente

ANNOTAZIONI DEL DIRIGENTE SCOLASTICO

**VISTO  
SI CONCEDE**

**Il Dirigente Scolastico**  
**\* f.to Felicetta Palladino**  
\* Firma autografa sostituita a mezzo stampa  
ai sensi dell'art.3 comma 2 del Decreto Lgs.  
N.39/1993