

Al Dirigente Scolastico  
I.I.S.S. Mons. A.Bello  
Molfetta (Ba)

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_

in servizio presso codesto Istituto in qualità di \_\_\_\_\_

a tempo      determinato      indeterminato

CHIEDE ALLA S.V.

- di poter fruire dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ di n. \_\_\_\_\_ giorni di assenza
- che venga giustificata l'assenza dal servizio dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per n. \_\_\_\_\_ giorni  
per il seguente motivo:

- Malattia
- Malattia in caso di ricovero
- Malattia in caso visita specialistica  
(indicare la struttura. Pubblica/privata: \_\_\_\_\_)
- Grave lutto (parenti entro il 2° gr. Affini entro il 1° gr.)
- Matrimonio
- Riposo per donazione sangue
- Ferie art. 15 comma 2 (personale a T.I.)
- Congedo parentale \_\_\_\_\_
- Altro \_\_\_\_\_

Si allega/impegna a consegnare la seguente certificazione:

---

N.B. Per visita fiscale indicare:

- Fascia antimeridiana
- Fascia pomeridiana

Con osservanza

---

Molfetta, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Visto:  
IL DIRIGENTE SCOLASTICO  
Prof.ssa Maria Rosaria PUGLIESE