

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