

Via Cerveteri, 55/57 - Distretto Scolastico 17° - VII MUNICIPIO 00183 - ROMA 06121122065 COD.MECC.RMPM08000B - c.f. 80203790581

Indirizzi: linguistico - scienze umane- scienze umane (opzione economico-sociale)

*Sito:* [*www.margheritadisavoiaroma.edu.it/*](http://www.margheritadisavoiaroma.edu.it/)e-mail: [*rmpm08000b@istruzione.it*](mailto:rmpm08000b@istruzione.it)

# Al Dirigente Scolastico dell’Istituto Magistrale “Margherita di Savoia- Roma

\_\_l \_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nat\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Prov\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_In servizio presso questo Istituto, ***per l’anno scolastico 20\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_***, il qualità di

**O** ***Docente a tempo indeterminato*** **O *Docente a tempo determinato***

CHIEDE

Che gli/le vengano concessi N.\_\_\_\_\_\_\_\_ giorni , dal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Per (allegare documentazione)

|  |  |
| --- | --- |
| **O** assenza per motivi di salute | **O** assenza per malattia (\*) |
|  | **O** visita specialistica/analisi cliniche |
|  |  |
| **O** permesso retribuito per (\*\*) | **O** partecipazione concorso (8 gg. complessivi) |
|  | **O** lutto (3 gg. per evento) |
|  | **O** motivi personali (3 gg. per a.s.) |
|  | **O** matrimonio (15 gg. consecutivi) |

**O** Congedo ordinario anno scolastico\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**O** Recupero festività soppresse (solo personale A.T.A.) anno scolastico \_\_\_\_/\_\_\_

**O** Esonero dal servizio per la partecipazione ad iniziative di aggiornamento riconosciuto dall’amministrazione (\*\*\*) (fino a 5 gg. per a.s. con la sostituzione ai sensi della normativa delle supplenze brevi)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**O** Altro (specificare, es: diritto allo studio/ecc.)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(\*)\_\_ l \_\_ sottoscritt \_\_ dichiara che la A.S.L. di appartenenza è la seguente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e che durante il suddetto periodo dimorerà a C.A.P.( ) Città \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n. \_\_\_

Roma,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

(Prof.ssa Claudia Scipioni)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(\*\*) da documentare con certificati o dichiarazioni personali

(\*\*\*) allegare estremi di riconoscimento da parte dell’amministrazione

(mla)