

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

in servizio presso questo Istituto nel corrente anno scolastico con contratto a tempo

determinato

Indeterminato

**CHIEDE**

<input type="checkbox"/> <b>di usufruire delle ferie</b> dal _____ al _____ dal _____ al _____ dal _____ al _____ per complessivi giorno/i _____	<input type="checkbox"/> <b>di usufruire delle festività soppresse</b> dal _____ al _____ dal _____ al _____  per complessivi giorno/i _____
<input type="checkbox"/> <b>Permesso per</b> dal _____ al _____	<input type="checkbox"/> partecipazione a concorso/esame <input type="checkbox"/> lutto familiare <input type="checkbox"/> matrimonio <input type="checkbox"/> motivi familiari/personali <input type="checkbox"/> donatori sangue
<input type="checkbox"/> <b>Permesso breve</b> Il giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____	<input type="checkbox"/> Il permesso sarà recuperato il giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____
<input type="checkbox"/> <b>Permesso per Maternità</b> (allegare documentazione giustificativa) <input type="checkbox"/> <b>Posticipo maternità</b> (allegare documentazione giustificativa) <input type="checkbox"/> <b>Permesso controlli prenatali</b> (allegare documentazione giustificativa) <input type="checkbox"/> <b>Indennità di maternità</b>	<input type="checkbox"/> interdizione per gravi complicanze della gestazione <input type="checkbox"/> astensione obbligatoria <input type="checkbox"/> congedo parentale (ex astensione facoltativa) <input type="checkbox"/> assenza per malattia figlio fino a 3 anni <input type="checkbox"/> assenza per malattia figlio da 3 a 8 anni <input type="checkbox"/> riduzione oraria per allattamento ore _____
<input type="checkbox"/> <b>Permesso malattia</b> (allegare certificazione medica)	<input type="checkbox"/> visita specialistica/esami clinici <input type="checkbox"/> ricovero /day hospital
<input type="checkbox"/> <b>Aspettativa per motivi di famiglia/studio</b> (allegare documentazione giustificativa)	

Trieste, \_\_\_\_\_