



## IV CIRCOLO "G. MARCONI" TRAPANI

VIALE 11 SETTEMBRE 2001 – 91100 Trapani - C.F. 80004490811-tel. 0923/539178 – fax 0923/ 555047  
 e-mail : [tpee00400p@istruzione.it](mailto:tpee00400p@istruzione.it) -[tpee00400p@pec.istruzione.it](mailto:tpee00400p@pec.istruzione.it) - sito web : [www.guglielmomaroni.gov.it](http://www.guglielmomaroni.gov.it)

Al Dirigente Scolastico  
 IV Circolo Guglielmo Marconi  
 Trapani – TP

**Oggetto: richiesta di assenza dal servizio**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_,  
 (cognome e nome)  
 \_\_\_\_\_ in servizio presso codesto istituto nel corrente A.S. con contratto a tempo \_\_\_\_\_  
 (qualifica) (indeterminato/determinato)

**Chiede**

Alla S.V. di potere usufruire per il periodo:  
 dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ di complessivi n. \_\_\_\_\_ giorni di:

<input type="checkbox"/> ferie	<input type="checkbox"/> relative al corrente A.S. <input type="checkbox"/> maturate e non godute nel precedente A.S.
<input type="checkbox"/> festività soppresse previste dalla legge 23/12/1977, n. 937	
<input type="checkbox"/> recupero	
<input type="checkbox"/> permesso retribuito per *:	<input type="checkbox"/> partecipazione a concorso/esame <input type="checkbox"/> lutto familiare <input type="checkbox"/> motivi familiari/personali <input type="checkbox"/> matrimonio
<input type="checkbox"/> maternità	<input type="checkbox"/> interdizione per gravi complicanze della gestazione ** <input type="checkbox"/> astensione obbligatoria **
<input type="checkbox"/> malattia	
<input type="checkbox"/> malattia – visita specialistica **	
<input type="checkbox"/> malattia ricovero ospedaliero o DH **	
<input type="checkbox"/> assenza malattia per grave patologia	
<input type="checkbox"/> aspettativa per motivi di:	<input type="checkbox"/> famiglia – <input type="checkbox"/> personali - <input type="checkbox"/> studio - <input type="checkbox"/> lavoro
<input type="checkbox"/> legge 104	Giorni già goduti nel mese: <input type="checkbox"/> 1 - <input type="checkbox"/> 2
<input type="checkbox"/> infortunio **	<input type="checkbox"/> ordinario - <input type="checkbox"/> in itinere
<input type="checkbox"/> permesso retribuito per diritto allo studio *:	<input type="checkbox"/> attività studio individuale n. h ____ <input type="checkbox"/> frequenza/tirocinio n. h ____ <input type="checkbox"/> esami n. h ____
<input type="checkbox"/> mandato politico/Amm.vo	<input type="checkbox"/> n. h ____
<input type="checkbox"/> altro caso previsto dalla normativa vigente *	_____

✓ Il sottoscritto dichiara che nel predetto periodo sarà reperibile al seguente indirizzo:

\_\_\_\_\_ (località, via o piazza, n. civico e n. di telefono)

\_\_\_\_\_ (data) \_\_\_\_\_ (firma del dipendente)

(\*) allegare documentazione giustificativa od autocertificazione  
 (\*\*) allegare certificazione medica

RISERVATO AL DSGA (per il personale ATA)	RISERVATO AL DS (per il personale docente)
<input type="checkbox"/> si concede	<input type="checkbox"/> si concede
<input type="checkbox"/> non si concede	<input type="checkbox"/> non si concede
<b>Il DSGA</b> <i>Giancarla Buscaino</i>	<b>Il DS</b> <i>Ignazio Monticciolo</i>