



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca

UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO
LICEO SCIENTIFICO STATALE FEDERIGO ENRIQUES

VIA F. PAOLINI 196 - 00122 ROMA (RM)
Tel. 06/5685007 Fax. 06/5681579 - e-mail RMPS090001@istruzione.it
Codice Fiscale: 80204630588 Codice Meccanografico: RMPS090001

OGGETTO: RICHIESTA DI ASTENSIONE DAL LAVORO 1 sottoscritt _____ ,
qualifica _____ in servizio presso codesto Istituto nel corrente A.S. con contratto a tempo determinato
Chiede alla S.V. di poter usufruire per il periodo:
dal _____ al _____ per complessivi gg. _____ di:

- Ferie - Festività previste dalla legge 23 dicembre 1977 n° 937***
- Ferie (in presenza di attività didattica allegare il piano delle sostituzioni)**
 - Relative al corrente A.S.**
 - Maturate e non godute del precedente A.S**

Permessi retribuiti per:***

- Motivi personali/familiari (3 giorni in un anno scolastico) vedi retro documentazione o autocertificazione**

Recupero ore eccedenti

- Lutto**
- Matrimonio**
- Partecipazione a concorsi/esami**

Maternità****

- interdizione per gravi complicanze della gestazione**
- Astensione facoltativa (L. 1204/71. Art.7 comma 1)**
- Astensione fac. per malattia del bambino entro i primi 8 anni di vita**
- 1° anno**
- 2° anno**
- 3° anno**

- Day Hospital**

Malattia ****

Malattia per visita specialistica:

- **la richiesta deve essere preventiva e consegnata entro il giorno precedente la visita .**
- **l'accertamento deve essere prescritto dal medico curante; pertanto, occorre produrre la relativa prescrizione**
- **non sia oggettivamente possibile effettuare l'accertamento fuori dell'orario di lavoro. In luogo della predetta dimostrazione, il dipendente può produrre la prescrizione del medico curante in cui venga evidenziata l'urgenza dell'accertamento.**
- **la certificazione medica a giustificazione dell'assenza deve recare obbligatoriamente l'orario di visita: non sono accettate certificazioni recanti diciture generiche ("in mattinata" o "in data odierna").**

- Legge 104**

Permessi Studio

Roma, ___ / ___ / _____

Il Richiedente

Visto si concede
Il Dirigente Scolastico
(Prof.ssa Donatella Bresciani)

**Da fruire esclusivamente nei giorni senza attività didattiche*

**** Allegare documentazione o autocertificazione*

***** Allegare certificato medico non oltre i cinque giorni successivi all'inizio della malattia e comunicare eventuale diverso recapito rispetto a quello già comunicato*

