



Istituto Comprensivo "Nelson Mandela"
Largo Partigiani d'Italia n. 2
26013 CREMA
Tel. 0373202898 - Fax 0373204530
PEC cric82600v@pec.istruzione.it
e-mail cric82600v@istruzione.it – Sito web iccrema3.edu.it



Il/la sottoscritto/a _____ in servizio presso la sede di _____

In qualità di docente con contratto a tempo _____
(indeterminato/determinato)

CHIEDE

di assentarsi per gg. _____ dal _____ al _____ per:

☐ malattia (ai sensi dell'art. 17 del C.C.N.L. 2006/2009)

☐ visita specialistica - ☐ ricovero ospedaliero - ☐ analisi cliniche

* ☐ permesso (ai sensi dell'art. 15 del C.C.N.L. 2006/2009)-

☐ concorsi/esami - * ☐ motivi personali/familiari - ☐ lutto - ☐ matrimonio

*(non retribuito per personale a T. D)

☐ legge 104/92 - giorni già goduti nel mese: ☐ 1 - ☐ 2 - ☐ 3

☐ altro caso previsto dalla normativa vigente: _____

☐ aspettativa per motivi di: (ai sensi dell'art. 18 del C.C.N.L. 2006/2009)

☐ famiglia - ☐ lavoro - ☐ personali - ☐ studio

* ☐ permesso breve: (massimo 2 ore, con recupero a cura della Scuola, art. 16, CNL 2006-2009),
di _____ ore, per il giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____

☐ permesso per donazione di sangue

☐ permesso per funzioni presso gli uffici elettorali

☐ permesso per attività di formazione e aggiornamento

☐ permesso per citazione testimoniale

☐ permesso per cariche pubbliche ed elettive

☐ permesso artistico

* **Motivo:** _____

Durante l' assenza il sottoscritto sarà domiciliato a _____

via _____ n° _____ tel. _____

A tal fine si allega documentazione giustificativa

* ☐ certificazione o dichiarazione rilasciata da: _____

* ☐ autocertificazione: _____

Crema li, _____

(firma docente)

VISTO: Si autorizza/Non si autorizza

Il Dirigente Scolastico
Paolo Carbone
