LICEO SCIENTIFICO STATALE
"A. GRAMSCI"
VIA ALBERTON 10/A 10015 IVREA (TO) - Codice Fiscale: 84004690016
tel.: 0125.424357 - 0125.424742; fax: 0125.424338
sito web: http://www.lsgramsci.it - http://www.lsgramsci.gov.it
e-mail: TOPS01000G@istruzione.it - TOPS01000G@pec.istruzione.it

Al Dirigente Scolastico del Liceo Gramsci di Ivrea

Il/la sottoscritto/a_____

in servizio presso codesto Istituto in qualità di_____ a tempo_____
(indeterminato / determinato)

CHIEDE

alla S.V. di assentarsi per gg._____ dal _____ al _____ per:

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

☐ visita specialistica ☐ ricovero ospedaliero

☐ **permesso retribuito pers.le a tempo indeterminato** *(ai sensi dell'art. 15 del C.C.N.L.29/11/2007)*
(allegare documentazione giustificativa/autocertificazione)
☐ concorsi - ☐ esami - ☐ motivi personali/familiari - ☐ lutto

☐ **permesso pers.le a tempo determinato** *(ai sensi dell'art. 19 del C.C.N.L. 29/11/2007)*
(allegare documentazione giustificativa/autocertificazione)
☐ concorsi - ☐ esami - ☐ motivi personali/familiari : *non retribuiti*
☐ lutto : *retribuito*

☐ **aspettativa per motivi di famiglia/studio** *(allegare documentazione giustificativa)*

☐ **permesso legge 104/92**

☐ **permesso retribuito per diritto allo studio (150 ore)** _____ _____ tot. __

☐ **altro caso previsto dalla normativa vigente:** _____
(allegare documentazione giustificativa/autocertificazione)

SI ALLEGA _____

Ivrea li,_____

Firma

_____

^^^