

ISTITUTO COMPRENSIVO PRA'
Via Airaghi,9 - 16157 GENOVA
Tel. 010/660474-6673098 - Fax 010/6972328

Il/la sottoscritto/a in servizio in qualità di
COLLABORATORE SCOLASTICO chiede la concessione e/o comunica l'assenza per il seguente periodo:

dal al per giorni

dal al per giorni

dal al per giorni

MALATTIA

FERIE A.S.

PERMESSO RETRIBUITO

motivi di lutto, per motivi familiari e personali,

per studio, per concorsi ed esami, per corsi aggiornamento, corsi di formazione/aggiornamento.

PERMESSO NON RETRIBUITO

FESTIVITA' SOPPRESSE/SANTO PATRONO

MALATTIA s/assegni

INTERDIZIONE PER MATERNITA' L.1204

MATERNITA' L.1204 gravidanza/puerperio

L.104/92

CONGEDO PARENTALE L. 53/2000 e successive

CONGEDO PER CURE INVALIDITA' (SUP. 50%)

ALTRI MOTIVI

Si allega alla presente relativa documentazione.

Genova, li

Firma dell'interessato/a

VISTO. SI CONCEDE/NON SI CONCEDE

Il Direttore S.G.A.
Sig. Giuseppe GHIGLINO

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Dott.ssa Francesca MIGLIORERO