

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

**GEIC83500L@ISTRUZIONE.IT**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ in servizio in qualità di **DOCENTE Sc. Infanzia** chiede la concessione e/o comunica l'assenza per il seguente periodo:  
dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/201\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/201\_\_ per giorni \_\_\_\_

- MALATTIA
- FERIE A.S. 201\_\_/201\_\_
- PERMESSO RETRIBUITO per 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.120
- MATERNITA' L.1204 gravidanza/puerperio
- L.104/92
- CONGEDO PARENTALE L. 53/2000 1-3 anni e 4-8 anni
- CONGEDO PER CURE INVALIDITA' (SUP. 50%)
- ALTRI MOTIVI

Si allega alla presente relativa documentazione.

Genova, li \_\_\_\_/\_\_\_\_/201\_\_

Firma dell'interessato

**VISTO. SI CONCEDE/NON SI CONCEDE**

IL DIRIGENTE SCOLASTICO  
Prof. Alessandro CAVANNA