

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO
I. T. S. C. G. "ENRICO MATTEI"
09033 DECIMOMANNU (CA)**

l _____ sottoscritt _____

in servizio presso questo Istituto in qualità di

<input type="checkbox"/> DOCENTE	<input type="checkbox"/> T. I.	<input type="checkbox"/> S. A.	<input type="checkbox"/> S. T.
<input type="checkbox"/> DIR. SS. GG. AA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ASSISTENTE AMM.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ASSISTENTE TECN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> COLLABORAT. SCOL.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

comunica l'assenza dal ____/____/____ al ____/____/____ di n° _____ GIORNI
per uno dei seguenti motivi

<input type="checkbox"/> MALATTIA	Pers. a T.I. art. 17 C.C.N.L. 24/07/03 mesi 18 triennio antecedente ultimo periodo di assenza
<input type="checkbox"/> VISITA SPECIALISTICA	Pers. a T.D. art. 19 C.C.N.L. 24/07/03 conservazione del posto per periodo non superiore a gg. 30
relativa all'A. S. ____/____	
allega : _____	

<input type="checkbox"/> DONAZIONE SANGUE	L. 13/7/67 n. 584 - D. M. 8/4/68 - C. M. n. 115 18/4/77 art. 13 - 14, L. 107 4/5/90 - gg. 1
allega i seguenti documenti _____	

<input type="checkbox"/> DIRITTO ALLO STUDIO	art. 62 c. 10 C.C.N.L. 24/07/03 - 150 ore per anno solare		
n. ore ____	in data ____/____/____	n. ore ____	in data ____/____/____
n. ore ____	in data ____/____/____	n. ore ____	in data ____/____/____
n. ore ____	in data ____/____/____	n. ore ____	in data ____/____/____
n. ore ____	in data ____/____/____	n. ore ____	in data ____/____/____
Dichiara di aver usufruito fino alla data odierna di n° ore _____			

Decimomannu, ____/____/____

Firma _____