

PROT. N. \_\_\_\_\_

DEL \_\_\_\_\_

*Al Dirigente Scolastico  
D. D. Statale "Monti Iblei"  
Palermo*

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ in servizio presso codesto istituto in qualità di \_\_\_\_\_  
con contratto 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) Certificato prot. n. \_\_\_\_\_
- malattia per causa di servizio (ai sensi dell'art. 20 C.C.N.L. 2006/2009)
- permesso non retribuito
- permesso retribuito
- concorso/esami
  - motivi personali/familiari
  - lutto
  - matrimonio

**Motivazione** \_\_\_\_\_

(D.P.R. 445 del 28/12/2000)

- festività soppresse (previste dalla legge 957 del 23/12/1977)
- ferie (ai sensi dell'art. 13 C.C.N.L. 2006/2009)
- Anno Scolastico corrente
  - Anno Scolastico precedente
- aspettativa per motivi di: (ai sensi dell'art. 18 C.C.N.L. 2006/2009)
- famiglia
  - lavoro
  - personali
  - studio
  - altro \_\_\_\_\_

Durante il periodo di assenza il/la sottoscritt\_\_ sarà domiciliat\_\_ in \_\_\_\_\_

Si allega \_\_\_\_\_

Palermo, \_\_\_\_\_

**SI DICHIARA NEL GIORNO RICHiesto LA PROPRIA CLASSE NON E' INTERESSATA A VISITE GUIDATE, GITE O ATTIVITA' DIDATTICHE FUORI SEDE.**

Con Osservanza

- Si** autorizza
- Non** si autorizza

*Il Dirigente Scolastico Reggente  
Prof.ssa Irene Marcellino*

**RISERVATO ALLA SEGRETERIA**

Ai sensi di legge è stata applicata la  
decurtazione per malattia.

Visto dell'Ass.te Amm.vo \_\_\_\_\_

○ CERTIFICATO MEDICO DIGITALE