

- Oggetto:  assenza malattia  
 assenza visita specialistica/accertamenti diagnostici  
 permesso retribuito (comprese ferie)
- concorso/esami  lutto  
 personali / familiari  diritto allo studio  
 matrimonio
- permesso non retribuito  
 aggiornamento  
 permesso Legge 104/92  
 aspettativa motivi di:
- famiglia  
 studio  
 altro
- altri permessi: specificare \_\_\_\_\_

\_\_ I \_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_

in servizio presso questo Istituto Comprensivo Statale "Leonida Montanari" – Rocca di Papa in qualità di  
\_\_\_\_\_ incaricato a tempo indeterminato/determinato

conferma del fonogramma pari data,

### CHIEDE

(1) \_\_\_\_\_ per complessivi giorni \_\_\_\_\_  
precisamente dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_.

- Allega:  certificato medico con prognosi;  
 certificato Ente pubblico/privato;  
 dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà;  
 documentazione altri permessi (2) \_\_\_\_\_  
 documentazione aspettativa \_\_\_\_\_

Durante i periodi di assenza \_\_ I \_\_ sottoscritt \_\_:

terrà il suo domicilio in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

A.S.L. \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Dichiara la propria permanenza nel domicilio suddetto nelle fasce di reperibilità dalle ore 09,00 alle ore 13,00 e dalle ore 15,00 alle ore 18,00 salvo diversa comunicazione.

Dichiara che al termine dell'assenza riprenderà regolarmente servizio salvo diversa comunicazione, e pertanto sarà a disposizione della scuola dal \_\_\_\_\_.

\_\_ I \_\_ sottoscritt \_\_ dichiara di essere stat\_ informat\_ , che i dati contenuti nella presente domanda potranno essere utilizzati esclusivamente per i fini istituzionali della Pubblica Amministrazione (Tutela della Privacy D. Lgs. 196/03).

Rocca di Papa, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(firma)

- (1) specificare richiesta  
(2) indicare documentazione  
(\*) solo per Permessi Retribuiti personali o familiari