

SI PREGA DI INVIARE IL SEGUENTE MODULO SOLO IN FORMATO PDF ALLA MAIL  
NOIC818005@istruzione.it

**Al Dirigente Scolastico**  
**Istituto Comprensivo "Italo Calvino"**  
**Largo Piave , 4**  
**28066 Galliate (NO)**

**Oggetto: RICHIESTA DI ASTENSIONE DAL LAVORO**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, in servizio  
Cognome e nome qualifica  
presso Codesto Istituto nel corrente A.S. con contratto a tempo \_\_\_\_\_  
Determinato/indeterminato

**chiede alla S.V. di poter usufruire per il periodo:**

**dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ di complessivi n. \_\_\_\_\_ giorni di:**

|                                                                 |                                                                                                |                                                      |
|-----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| ferie:                                                          |                                                                                                | relative al corrente anno scolastico                 |
|                                                                 |                                                                                                | maturate e non godute nel precedente anno scolastico |
| festività previste dalla Legge 23 dicembre 1977, n. 937         |                                                                                                |                                                      |
| permesso retribuito                                             | partecipazione a concorso/esame<br>lutto familiare<br>motivi personali/familiari<br>matrimonio |                                                      |
| N.B. produrre documentazione o autocertificazione               |                                                                                                |                                                      |
| maternità                                                       | interdizione per gravi complicanze della gestazione (**)                                       |                                                      |
| malattia (**)                                                   | astensione obbligatoria (**)                                                                   |                                                      |
|                                                                 | astensione facoltativa (L. 1204/71, art. 7, comma 1) (*)                                       |                                                      |
|                                                                 | astensione facoltativa (L. 1204/71, art. 7, comma 2) (**)                                      |                                                      |
| aspettativa per motivi di famiglia/studio (*)                   |                                                                                                |                                                      |
| altro caso previsto dalla normativa vigente (*): _____<br>_____ |                                                                                                |                                                      |

Il sottoscritto dichiara che nel predetto periodo sarà reperibile al seguente indirizzo:

\_\_\_\_\_

Con osservanza

Firma del dipendente

Galliate li \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Il Dirigente Scolastico  
Dott.ssa Carmen Maria Lea MAUGERI

(\*) allegare documentazione giustificativa

(\*\*) allegare certificazione medica

\_\_\_\_\_