|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Ministero dell’Istruzione E DEL MERITO  Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio  **ISTITUTO COMPRENSIVO**  **“BRUNO MUNARI”**  Via C. Perazzi, 30 - 00139 - ROMA Tel. **06 8723 6392**  C.F.97567140583 C.M.RMIC8B400C  email [RMIC8B400C@istruzione.it](mailto:RMIC8B400C@istruzione.it) https://icmunari.edu.it | logo_italia |

## **Al Dirigente Scolastico**

**I.C. “Bruno Munari”-Roma**

Il/la sottoscritto/a……………………………………………………………………………………………………………………………………..

in servizio presso questo Istituto comprensivo nel plesso…………………………………………………………………….

in qualità di………………………………………

Tempo indeterminato Tempo determinato

**CHIEDE**

Alla S.V. di assentarsi per gg………………dal………………………………….al………………………..

* Malattia (art.17 del C.C.N.2007 vigente quadriennio 2008-2019)
* Visita specialistica
* Ricovero ospedaliero
* Analisi cliniche

Permesso retribuito per:

* Concorsi
* Esami
* Lutto
* Motivi personali /familiari (breve autodichiarazione)……………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* Permesso studio n° ore…………………
* Legge 104/92
* Altro caso previsto dalla normativa vigente…………………………………….
* Aspettativa famiglia/studio (NON RETRIBUITO)
* Altro ………………………………………………….

Durante il periodo di assenza il sottoscritto/a sarà domiciliato in…………………………………..

Via…………………………………………………………………………….n°………telefono………………………………………………….

Data con osservanza

…………………………………………………..

Vista la domanda

* Si concede
* Non si concede

IL DSGA IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Dott.ssa Granato Daniela Dott.ssa Sabrina Quaresima