**AL DIRIGENTE SCOLASTICO**

 **DELL’ I.I.S “B.CELLINI”**

Oggetto: PERMESSO RETRIBUITO/NON RETRIBUITO DOCENTI

Il sottos critto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Docente a tempo INDETERIMINATO/ DETERMINATO COGNOME e NOME

## **C H I E D E**

Alla S.V. di poter usufruire di complessivi gg. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Dal …………………… al ………………….

Dal …………………… al ………………….

Dal …………………… al ………………….

* Malattia
* Assenza per malattia (Visita specialistica/Day Hospital (\*)
* Permesso non retribuito (\*\*)
* Lutto Familiare
* Partecipazione a concorsi/esami
* Matrimonio
* Partecipazione a corsi di aggiornamento/formazione (\*\*\*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Legge 104/92
* Motivi personali/familiari \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Diritto allo studio (150 ore)
	+ Permesso giornaliero
	+ Permesso orario totale ore \_\_\_\_\_\_
* Altro caso previsto dalla normativa vigente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RECAPITO AGLI ATTI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firenze, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ IL DOCENTE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Il Dirigente Scolastico GIANNI CAMICI

*\*****Allegare certificazione medica***

***\*\*Allegare documentazione giustificativa***

***\*\*\*Specificare dettagliatamente il corso al quale si partecipa e presentare certificazione di presenza al corso.***