

Riservato all'Istituto Comprensivo 2

Data comunicazione \_\_\_\_\_

Prot. n° \_\_\_\_\_ tit. \_\_\_\_\_

data \_\_\_\_\_

Valdagno, \_\_\_\_\_

**Al Dirigente Scolastico  
Istituto Comprensivo 2 Valdagno**

**Oggetto: richiesta assenza/asspettativa**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

- Insegnante
- Assistente Amministrativo
- Collaboratore Scolastico a Tempo Indeterminato
- Collaboratore Scolastico a Tempo Determinato

in servizio presso l'Istituto Comprensivo 2 di Valdagno nel plesso scolastico:

- Garbin
- Manzoni
- Ponte dei Nori
- Belfiore
- Castelvechio
- Don Minzoni

**CHIEDE** la concessione della seguente assenza:

- AA06** Assenza per malattia (Allegare certificato)
- AA06** Proroga assenza per malattia (Allegare certificato)
- A043** Visita medica giornaliera (Allegare certificato)
- A042** Visita medica a ore (Allegare documentazione)
- AA02** Assenza per infortunio (Allegare documentazione)
- A002** Asspettativa per famiglia (Allegare certificato) – N.B.: periodo non utile alla carriera
- PE01** Permesso per concorsi o esami/agg.to (Allegare documentazione partecipazione)
- PE02** Permesso per lutto di famiglia (Allegare documentazione)
- PE03** Permesso per motivi personali o di famiglia (3 gg) (Allegare documentazione o autocertificazione)
- PE03** Ferie per famiglia (6 gg) (Allegare documentazione o autocertificazione)
- PE02** Permesso per matrimonio (Allegare certificato di matrimonio) **data:** \_\_\_\_\_
- B009** Astensione obbligatoria per gravidanza (Allegare certificato) **data presunta parto:** \_\_\_\_\_
- B010** Astensione obbligatoria per puerperio (Allegare certificato) **data parto:** \_\_\_\_\_
- B011** Astensione obbl. per interruzione di gravidanza (Allegare certificato)
- B012** Interdizione per gestazione difficile (Allegare certificato INPS) **data presunta parto:** \_\_\_\_\_
- B013** Congedo parentale primi 3 anni bambino (Allegare autocertificazione) **data nascita figlio:** \_\_\_\_\_
- B018** Congedo parentale dopo 3 fino a 12 anni bambino (Allegare autocertificazione) **data nascita figlio:** \_\_\_\_\_
- B019** Congedo malattia figlio primi 3 anni (Allegare certificato medico)
- B020** Congedo malattia figlio dopo i 3 anni fino ad 8 anni (Allegare certificato medico)
- PE05** Permesso retribuito L. 104/92 (Orario di servizio per monte ore) \_\_\_\_\_
- PE13** Donazione sangue (Allegare certificazione)
- PE12** Permesso Studio 150 ore n. ore \_\_\_\_\_

Dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per un totale di gg. \_\_\_\_\_

Allega la seguente documentazione \_\_\_\_\_

Autocertifica la seguente motivazione \_\_\_\_\_

Visto: **Il Dirigente Scolastico**  
**Prof.ssa Schiavo Eleonora**

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