



Istituto di Istruzione Superiore "Enrico Fermi"

Liceo Scientifico e Liceo Scientifico con opz. Scienze applicate
Liceo delle Scienze Umane e Liceo delle Scienze Umane con opz. Economico sociale
Liceo Linguistico



Via Vitulanese, 82016 MONTESARCHIO (BN) - Tel. 0824 847291 - C.F. 80000020620 - C.M. bnis00300n
e-mail: bnis00300n@istruzione.it - PEC: bnis00300n@pec.istruzione.it - web: www.fermimontesarchio.edu.it

Protocollo

Data _____ Prot. n.
TIT CL FASC

Al Dirigente scolastico

Istituto di Istruzione Superiore "Enrico Fermi"
Via Vitulanese, 82016 - Montesarchio (BN)

Oggetto: Richiesta di congedo.

Modulistica on line: www.fermimontesarchio.edu.it/documenti-e-regolamenti/modulistica/

Modulo M.1.1

Il/la sottoscritto/a, titolare presso questo Istituto:

Cognome		Nome	
Nato/a il	Nato/a a		
Residente a		CAP	Prov.
In Via/P.zza/...			N.
Ruolo	<i>Docente</i> <i>A.T.A.</i>	Contratto	<i>A tempo determinato</i> <i>A tempo indeterminato</i>
Insegnamento			
Telefono		C.F.	

CHIEDE

Di poter usufruire per il periodo dal _____ al _____ di complessivi n. _____ giorni di:

Ferie	Relative al corrente A.S. Maturate e non godute nel precedente A.S. Ai sensi dell'art. 13 comma 9 del CCNL 2018
Festività soppresse previste dalla legge 23/12/1977 n. 937	
Recupero compensativo lavoro straordinario	
Permesso retribuito per * Permesso retribuito orario ai sensi dell'art. 33 CCNL dalle ore _____ alle ore _____ del _____	Partecipazione a concorso/esame Lutto familiare Motivi familiari/personali Matrimonio Corso aggiornamento/formazione (art. 64, c. 5)
Maternità	Interdizione per gravi complicanze gestazione ** Astensione obbligatoria ** Astensione facoltativa (L. 1204/71, art. 7 c. 1)* Astensione facoltativa (L. 1204/71, art. 7 c. 2)**
Malattia ** Malattia – visita specialistica **	
Aspettativa per motivi di:	Famiglia Personali Studio Lavoro
Legge 104/92	Giorni già goduti nel mese: n. _____
Infortunio **	
Altro caso previsto dalla normativa vigente *	

NOTE:
(*) Allegare documentazione giustificativa
(**) Allegare certificazione medica

Il/la sottoscritto/a dichiara che nel predetto periodo sarà reperibile: _____ presso il proprio domicilio
presso il seguente indirizzo _____

Data:

Firma:

VISTO: si concede non si concede
il D.S.G.A. Il D.S.

.....