

**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:**

<input type="checkbox"/> ferie:	<input type="checkbox"/> relative al corrente anno scolastico
	<input type="checkbox"/> maturate e non godute nel precedente anno scolastico

<input type="checkbox"/> festività previste dalla Legge 23 dicembre 1977, n. 937
--

<input type="checkbox"/> permesso retribuito	<input type="checkbox"/> partecipazione a concorso/esame
	<input type="checkbox"/> lutto familiare
	<input type="checkbox"/> motivi personali/familiari
	<input type="checkbox"/> matrimonio
N.B. produrre documentazione o autocertificazione	

<input type="checkbox"/> maternità	<input type="checkbox"/> interdizione per gravi complicanze della gestazione (**)
	<input type="checkbox"/> astensione obbligatoria (**)
	<input type="checkbox"/> astensione facoltativa (L. 1204/71, art. 7, comma 1) (*)
	<input type="checkbox"/> astensione facoltativa (L. 1204/71, art. 7, comma 2) (**)

<input type="checkbox"/> malattia (**)
--

<input type="checkbox"/> aspettativa per motivi di famiglia/studio (*)
--

<input type="checkbox"/> altro caso previsto dalla normativa vigente (*): _____ _____
--

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

\_\_\_\_\_

Con osservanza

Firma del dipendente

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

\_\_\_\_\_

Il Dirigente Scolastico  
*Dott.ssa Paola Maria Ferraris*

(\*) allegare documentazione giustificativa

(\*\*) allegare certificazione medica

\_\_\_\_\_