Mod. A7

Al Dirigente scolastico dell'Istituto Comprensivo di
BASILIANO E SEDEGLIANO

RICHIESTA ASTENSIONE DAL LAVORO

Il sottoscritto _____ qualifica _____
cognome e nome *insegnante, assistente amm., collab. scolastico*

nato a _____ il _____

in servizio presso codesto Istituto nel corrente anno scolastico nella scuola

_____ di _____
dell'infanzia, primaria, secondaria

con incarico a tempo ☐ indeterminato ☐ determinato

Per selezionare una casella, compilando con il computer, fare doppio clic sulla stessa.

COMUNICA DI ESSERE ASSENTE DAL LAVORO PER LEGGE 104

dal _____ al _____ per complessivi n° _____ giorni

dal _____ al _____ per complessivi n° _____ giorni

Dichiara di aver usufruito:

di giorni _____ dal _____ al _____ relativi al mese di _____

ore _____ nel giorno _____

ore _____ nel giorno _____

ore _____ nel giorno _____

Data (*scrivere la data di inizio dell'assenza*)

.....

firma .....

RISERVATO ALL'UFFICIO

Prot. N°_____ / _____

Data _____/_____/_____ AA _____

Visto, il Direttore dei SGA
Edi ELLERO

Visto, il Dirigente Scolastico
Maurizio DRIOL