

# ISTITUTO ISTRUZIONE SUPERIORE "ANGELO SECCHI"

Via Makallè, 14 - 42124 REGGIO NELL'EMILIA (RE)

Tel 0522/518555 Fax 0522/516643

Codice fiscale 91180540352 - Codice UNIVOCO UFUX3I

Web: www.iisecchi.edu.it

E-mail: reis01700g@istruzione.it - reis01700g@pec.istruzione.it

AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
dell' I.I.S. "A. SECCHI" di RE

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ in servizio presso l' I.I.S. "A. SECCHI" di Reggio Emilia in qualità di:

docente a tempo indeterminato

A.T.A. a tempo indeterminato

(D.S.G.A. - Ass. Amm.vo - Coll. Scol. - Ass. Tec.)

docente a tempo determinato

A.T.A. a tempo determinato

(D.S.G.A. - Ass. Amm.vo - Coll. Scol. - Ass. Tec.)

COMUNICA	CHIEDE
<input type="checkbox"/> Assenza per malattia <input type="checkbox"/> Assenza per malattia ( <b>continuazione</b> ) <input type="checkbox"/> <b>Infortunio</b>  <input type="checkbox"/> Assenza per malattia ( <b>visita medica</b> ) Nel caso di assenza per malattia dovuta a visita medica si dichiara che tale visita non può essere fatta al di fuori dell'orario di servizio.  <input type="checkbox"/> Assenza per malattia ( <b>Day Hospital</b> ) <input type="checkbox"/> Assenza per malattia ( <b>ricovero/post ricovero</b> ) <input type="checkbox"/> Assenza per malattia ( <b>patologie gravi</b> )  Firma <b>A.A.</b> che riceve comunicazione  _____	che gli/le venga concesso un <input type="checkbox"/> <b>Permesso retribuito art. 15 PERS. a T. INDET. per:</b> c. 1: <input type="checkbox"/> concorsi (gg. 8 all'anno); <input type="checkbox"/> lutto (gg. 3 ad evento); c. 2: <input type="checkbox"/> motivi personali/familiari (gg. 3 all'anno); c. 3: <input type="checkbox"/> matrimonio (gg. 15 consecutivi); c. 7: <input type="checkbox"/> altro .....  <input type="checkbox"/> <b>Aspettativa art. 18 per</b> <input type="checkbox"/> Famiglia c. 1 <input type="checkbox"/> Studio c. 2 <input type="checkbox"/> Esp. Lav. c. 3  <input type="checkbox"/> <b>Permesso NON retribuito art. 19 c. 7 PERS. a T.D. per:</b>  _____ _____ _____ _____

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ gg. \_\_\_\_\_

Recapito: \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

N. Prot. Certificato medico \_\_\_\_\_

Allega: \_\_\_\_\_

Reggio Emilia, \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

VISTA l'istanza di cui sopra e la documentazione allegata si concede quanto richiesto.

Motivi dell'eventuale diniego:

\_\_\_\_\_

IL DIRIGENTE SCOLASTICO REGGENTE  
(Dott.ssa Beatrice MENOZZI)