



Al Direttore dei S.G.A.
Istituto Statale di Istruzione Superiore

ORISTANO

OGGETTO: Richiesta di astensione dal lavoro.

Il/La sottoscritto/a _____ in servizio presso questa Istituzione Scolastica con incarico a tempo _____ comunica alla S.V. che sarà assente dal servizio per complessivi giorni _____ dal _____ al _____ di :

MALATTIA (**)

VISITA MEDICO SPECIALISTICA (***)

PERMESSO RETRIBUITO per motivi _____ (*)

PERMESSO NON RETRIBUITO per motivi _____ (*)

FERIE art. 21 del C.C.N.L./95 – art. 15 del C.C.N.L./2003 (*)

ALTRO: _____

Oristano, _____

(*) Allegare documentazione giustificativa.

(**) Allegare certificazione medica (è possibile giustificare con certificato di medico non convenzionato con il S.S.N. per un massimo di due eventi non superiori a gg. 10 ciascuno).

(***) Al terzo evento di malattia la visita specialistica effettuata presso struttura privata deve essere prescritta da una struttura pubblica o da un medico convenzionato con il S.S.N.

Annotazioni:

VISTO NON / SI autorizza

IL DIRETTORE dei S.G.A.
Dott. Gian Marco Patta
