



MIUR – U.S.R. LAZIO A.T.P. ROMA - Istituto Comprensivo Statale "Via Cutigliano" Via Cutigliano, 82 – 00146 Roma

Tel.: 06 55264932 - Fax: 06 55290476

Cod Mecc: RMIC8F2007; CF: 97713370589

e-mail: [RMIC8F2007@istruzione.it](mailto:RMIC8F2007@istruzione.it); [RMIC8F2007@pec.istruzione.it](mailto:RMIC8F2007@pec.istruzione.it)

[www.icviacutigliano.it](http://www.icviacutigliano.it)

Il/La sottoscritto/a

in servizio in qualità di

(cognome e nome)

DSGA

Docente scuola

Ass. Amm.vo  Coll. Scol.

(primaria/sec. I grado)

**chiede**

di assentarsi per n. gg.

al

turno  AM  PM

per:

Malattia

Ricovero ospedaliero

P.S.

Day hospital

Visita specialistica

Permesso retribuito per:

concorso/esame

lutto fam.

motivi personali/familiari

matrimonio  agg.to/form.ne

autocertificazione :

Permesso orario per il

dalle

alle

Permesso retribuito (ex L. 104/92) n. gg.

dal

al

Congedo parentale  Malattia figlio n. gg.

dal

al

Aspettativa non retribuita per motivi di:  gravi motivi famiglia  studio  ricong. coniuge (allegare documentazione)

Ferie A.s. corrente n. gg.

dal

al

Ferie A.s. precedente n. gg.

dal

al

durante il periodo di assenza il richiedente sarà domiciliato in

via

tel/cell

li,

data

Firma o Nominativo