

Al Dirigente Scolastico  
I.C. "Via Casal Bianco"  
Via Casal Bianco 140 – 00131 Roma  
Fax 0641239287 – Tel. 064190100

**RICHIESTA PERIODO DI ASSENZA**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
Posizione giuridica  Docente Scuola Primaria  Tempo Indeter.  
 Docente Scuola Secondaria Primo Grado  Tempo Deter.  
 A.T.A.

**CHIEDE**

Un periodo di assenza dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ totale gg. \_\_\_\_\_ per il seguente **MOTIVO**

- 
- Recupero del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Descrizione \_\_\_\_\_
  - Permesso per partecipazione esami/concorsi
  - Permesso per lutto
  - Permesso retribuito per motivi familiari o personali
  - Permesso retribuito per matrimonio
  - Altro \_\_\_\_\_

**ALLEGA la seguente documentazione (obbligatoria)**

**Assenza per malattia**  **Assenza per visita specialistica**  
ASL ROMA/ \_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
Allega la seguente documentazione \_\_\_\_\_  
Dichiara che sarà reperibile presso ( ) il suo domicilio –  
( ) il seguente domicilio \_\_\_\_\_  
Non sarà reperibile nella fascia oraria: dalle ore \_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_ per \_\_\_\_\_

*E' consapevole di dover fare pervenire la presente domanda e l'allegata documentazione giustificativa dell'assenza entro i due giorni successivi all'inizio della malattia o dell'eventuale prosecuzione della stessa (art. 21 comma 10 del nuovo contratto)*

**Permesso retribuito per motivi connessi all'art. 21 o 33 L. 104/92\***

\* In caso sia beneficiario per familiare

Dichiaro che il familiare non è temporaneamente ricoverato presso struttura ospedaliera

Firma \_\_\_\_\_

Roma, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

- VISTO SI CONCEDE
- VISTO NON SI CONCEDE

Il Dirigente Scolastico  
Prof. Luciana Santoro