



# Scuola Statale Italiana - Madrid

Agustín de Bethencourt, 1 - 28003 Madrid

Tel. 91 533 05 39 – Fax. 91 534 58 36

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

PROT. \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

## **RICHIESTA DI PERMESSO: INTERRUZIONE E RIPRISTINO DELLE FERIE ESTIVE A CAUSA DI MALATTIA**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ docente di \_\_\_\_\_ nelle

classi \_\_\_\_\_ in ferie dal giorno dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

### **CHIEDE**

- di poter usufruire di un permesso di n. \_\_\_\_\_ giorni, dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per il seguente motivo:

**Assenza per malattia:**

- Se le assenze superano 60 giorni, restituzione ai ruoli metropolitani."
- Retribuzione 100% primi 45 giorni.
- Decurtazione assegno di sede dopo i primi 45 giorni

<input type="checkbox"/> in domicilio	Dal _____	al _____
<input type="checkbox"/> Ricovero ospedaliero	Dal _____	al _____
<input type="checkbox"/> Ricovero in day hospital	Dal _____	al _____
<input type="checkbox"/> Convalescenza dopo ricovero	Dal _____	al _____
<input type="checkbox"/> Terapia salvavita	Dal _____	al _____
<input type="checkbox"/> Patologia a seguito infortunio sul lavoro	Dal _____	al _____
<input type="checkbox"/> Cause di servizio	Dal _____	al _____

- di poter ripristinare le ferie non godute dal giorno \_\_\_\_\_

Data della richiesta \_\_\_\_\_ firma del richiedente \_\_\_\_\_

Si allegano alla presente \_\_\_\_\_

Il Dirigente Scolastico, ai sensi del C.C.N.L., considerata la richiesta e valutate le esigenze del servizio

Concede

non concede

Prof. Cosimo Guarino \_\_\_\_\_

RECAPITO DEL DOCENTE:	VIA:
TELEFONO	CITTÁ