



Piazza Don Bosco / Don Bosco Platz, 31 – 39 100 Bolzano / Bozen - ☎0471/911199

[www.icbolzano2.it](http://www.icbolzano2.it) - @: [ic.bolzano2@scuola.alto-adige.it](mailto:ic.bolzano2@scuola.alto-adige.it) - PEC: [ic.bolzano2@pec.prov.bz.it](mailto:ic.bolzano2@pec.prov.bz.it)

Cod.fisc. 80002160218

Al Dirigente Scolastico dell'Istituto Comprensivo Bolzano II – Don Bosco

**OGGETTO: Domanda astensione dal lavoro (min.1 giorno lavorativo)**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ in servizio presso questo Istituto Comprensivo nel corrente anno scolastico,

docente  collaboratore all'integrazione  determinato  indeterminato

ho già informato la coordinatrice o il coordinatore di plesso e **chiedo** alla S.V. di potermi assentare dal servizio lavorativo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per un totale complessivo di giorni \_\_\_\_\_

Per il seguente motivo:

**permesso retribuito** per (\*) (art.2 – all. 4 CCP)

partecipazione a concorso / esame

decesso di parenti o affini

\_\_\_\_\_ (grado di parentela)

donazione di sangue

congedo matrimoniale

\_\_\_\_\_ (data del matrimonio)

esercizio di doveri civici

mandato politico

permesso sindacale

altri gravi motivi (max 5 gg per a.s.)

**corso di aggiornamento** \_\_\_\_\_

Il corso  è nel piano di formazione

NON è nel piano di formazione

n. ore servizio utilizzate per partecipazione al corso:

**permesso retribuito Legge 104** (art. 33 comma 3 del 05/02/1992)

\_\_\_\_\_ (nome e cognome del parente, data di nascita e di accertamento)

**congedo straordinario retribuito per malattia figlio (\*\*)** (max 60 gg lavorativi entro 12° anno di vita)

\_\_\_\_\_ (nome, cognome e data di nascita del figlio)

**visita medica / assenza preventivata per malattia (\*\*)** (art. 12 e 13 – all. 4 CCP)

durante la malattia sarò reperibile al mio abituale indirizzo durante la malattia

sarò reperibile al seguente indirizzo:

\_\_\_\_\_

**\*allegare documentazione giustificativa**

**\*\* allegare certificazione medica**

Bolzano \_\_\_\_\_

Nome e cognome del richiedente

\_\_\_\_\_

VISTO SI AUTORIZZA  
IL DIRIGENTE SCOLASTICO  
Prof. Diego Paolizzi  
(sottoscritto con firma digitale)