

Oggetto: RICHIESTA CONGEDO PER PERMESSO LUTTO FAMILIARE

Il sottoscritto/a

(cognome nome)

Docente Scuola INFANZIA PRIMARIA SCUOLA SECONDARIA I GRADO in servizio presso codesto Istituto nel corrente anno scolastico con contratto a tempo determinato indeterminato

CHIEDE

alla S. V. di poter usufruire per il periodo

dal al per complessivi n°

giorni di congedo per permesso lutto familiare *

Il sottoscritto/a dichiara che nel predetto periodo sarà reperibile al seguente indirizzo:

(località, via, n. civico, n. telefonico)

Valfabbrica li

Firma del Dipendente

* allegare documentazione giustificativa

Si autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del D.L.vo n. 196/2003