

RICHIESTA

Dati Richiedente:

Compilare il modulo in ogni sua parte

cognome e nome

maschio

femmina

luogo di nascita

data di nascita

residente

indirizzo

ruolo

tempo determinato

tempo indeterminato

CHIEDE

Domanda di congedo per malattia del bambino

Domanda per accertamenti clinici e visite mediche specialistiche prenatali

Richiesta assenza per malattia.

Certificato n.

Richiesta congedo parentale

Richiesta di congedo di maternità

Richiesta permesso L.104 (per lavoratori e figli portatori di handicap)

Permesso breve soggetto a recupero (Art. 16 ccnl 2006/2009)

Permesso retribuito personale a t.i. art. 15 CCNL.

Richiesta posticipo congedo maternità

Richiesta collaborazione plurima Personale ATA

Richiesta Permesso breve Personale ATA

Altro (specifica nel campo qui sotto)

Dal

Al

Data

Firma Nome e Cognome