Al Dirigente Scolastico

Istituto Comprensivo

 Monte Argentario - Giglio

I\_\_ L\_\_ sottoscritt \_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in servizio presso codesto istituto nel plesso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in qualità di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**C H I E D E**

di poter usufruire in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di n. \_\_\_ ore dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_

⁯ □ **MOTIVI PERSONALI O FAMILIARI**

⁯ □ **VISITA MEDICA**

Dichiara di aver usufruito ad oggi di n. \_\_\_\_\_ nell’a. s. in corso.

**DATA,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

***N.B. è necessario allegare alla richiesta la dichiarazione sostitutiva di certificazione. Nel caso di assenza per visita medica dovrà poi essere trasmessa la relativa certificazione.***