



**ISTITUTO COMPRENSIVO "IGINO COCCHI"**  
**Suole: Infanzia, Primaria, Secondaria di Primo Grado**  
**(Codice Ministeriale MSIC81000T)**

Via Roma, 34 54016 Licciana Nardi (MS) Tel. e Fax: 0187-474011  
[www.iccocchilicciananardi.it](http://www.iccocchilicciananardi.it) e-mail: [msic81000t@istruzione.it](mailto:msic81000t@istruzione.it) C.F.: 90007520456



**RICHIESTA DI ASTENSIONE DAL SERVIZIO**

**COGNOME E NOME** \_\_\_\_\_

**SEDE DI SERVIZIO**     Comano     Licciana     Monti     Terrarossa

**IN QUALITA' DI**     Docente     Assist. Amministrativo     Collab. Scolastico

**CONTRATTO A TEMPO**     Determinato     Indeterminato

**CHIEDE**

N° \_\_\_\_\_ giorni di:

FERIE (Sostituito dai Doc. \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_)

FESTIVITA' LEGGE N° 937 (escluso il personale docente)

RECUPERO \_\_\_\_\_

PERMESSO RETRIBUITO per i seguenti motivi: \_\_\_\_\_

PERMESSO NON RETRIBUITO per i seguenti motivi: \_\_\_\_\_

PERMESSO RETRIBUITO LEGGE 104 DEL 05/02/1992

MALATTIA

ASPETTATIVA per i seguenti motivi: \_\_\_\_\_

ASTENSIONE OBBLIGATORIA PER GRAVIDANZA

ASTENSIONE OBBLIGATORIA PER PUERPERIO

ASTENSIONE FACOLTATIVA per malattia del figlio di età inferiore a 3 anni <sup>(1) (2)</sup>

ASTENSIONE FACOLTATIVA per malattia del figlio di età inferiore a 8 anni <sup>(1) (2)</sup>

ASTENSIONE FACOLTATIVA nei primi 8 anni di vita del figlio <sup>(1) (2)</sup>

(1) (Cognome e nome \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_)

(2) Dichiaro che il coniuge non ha richiesto astensione dal servizio per lo stesso periodo.

**PER IL PERIODO DAL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_ (estremi compresi)**

Dichiara che durante il suddetto periodo sarà domiciliato:

Nella propria residenza abituale

Altro indirizzo: Via/Piazza \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Cap. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ lì \_\_\_\_\_

**FIRMA**

\_\_\_\_\_