



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE QUILIANO
Via Valleggia Superiore 17047 QUILIANO
Tel. 019/880169 Fax 019/2165283 svic809005@istruzione.it

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL'ISTITUTO COMPRENSIVO
DI QUILIANO

OGGETTO: ASSENZA PER LUTTO.

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____
prov. _____ residente in via _____ comune di _____ cap. _____
in servizio presso questo Istituto Comprensivo nel plesso di _____ in qualità
di _____ con incarico a tempo indeterminato/determinato

CHIEDE

alla S.V. ai sensi dell'art. 15 comma 1 e dell'art. 19 comma 9 del CCNL 2002/05, di un periodo di assenza retribuita per lutto (perdita del coniuge, parenti entro il 2° grado ed affini di 1° grado):

dal _____ al _____ compresi

dal _____ al _____ compresi

dal _____ al _____ compresi

per un totale di tre giorni

In caso di diniego a fruire, i motivi di servizio ostativi devono essere comunicati per iscritto allo/a scrivente ai sensi degli art. 2 e 3 della legge 241/90.

ALLEGA :documentazione giustificativa richiesta.

Quiliano _____

Firma _____

Il Dirigente Scolastico
(Angela CASCIO)