



CPIA 1 PROVINCIA DI CAGLIARI

Via Trincea delle Frasche - Piazza Padre Abbo - 09122 CAGLIARI

Tel. 0704673979 - C.F. 92229660920 - C.U. UFQBUX

CAMM202003@istruzione.it - CAMM202003@pec.istruzione.it

Centro Provinciale Istruzione Adulti

www.cpia1karalis.edu.it

RICHIESTA PERMESSO MOTIVI DI SALUTE

MODULO B7

Al Dirigente Scolastico

del CPIA N°1 di Cagliari

OGGETTO: Domanda di Richiesta di permesso per motivi di salute

___/___/___ Sottoscritt

COGNOME _____ **NOME** _____

NAT ___ **A** _____ **STATO** _____ **IL** ___/___/___

CITTADINANZA _____ **CODICE FISCALE** _____

RESIDENTE A _____ **PROV** (____) **CAP.** _____

IN VIA/PIAZZA _____ **N°** _____

IN SERVIZIO PRESSO CODESTO ISTITUTO NELL'ANNO SCOLASTICO ___/___/___ **AL DISTRETTO N°** _____

SEDE DI _____

In qualità di

<input type="checkbox"/> DOCENTE	<input type="checkbox"/> INDETERMINATO
<input type="checkbox"/> COLLABORATORE SCOLASTICO Con contratto a	<input type="checkbox"/> DETERMINATO AL 30/06 O 31/08
<input type="checkbox"/> ASSISTENTE AMMINISTRATIVO	<input type="checkbox"/> SUPPLENZA BREVE

CHIEDE

di poter usufruire per il periodo: dal ___/___/___ al ___/___/___ di complessivi n° _____ giorni di:

- ☐ *Malattia*
- ☐ *Legge 104* di cui giorni già goduti nel mese: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3
- ☐ *Infortunio ***
- ☐ *Donazione sangue ed equiparati*
- ☐ *Visita Specialistica* ☐ *Orario visita specialistica (ATA)* _____
- ☐ *Giornaliero visita specialistica*

(*) Allegare documentazione giustificativa

(**) Allegare certificazione medica

Data _____ **Firma** _____

VISTA LA DOMANDA

☐ **SI CONCEDE**

☐ **NON SI CONCEDE**

DSGA

DIRIGENTE SCOLASTICO