

# ISTITUTO ISTRUZIONE SUPERIORE

## "Ignazio PORRO"

Viale Kennedy, 30 - 10064 - PINEROLO (TO)

Telefono 0121-391311

C.F. 94540190017 - IPA UF6TOE

<https://www.alberti-porro.edu.it>



porro@alberti-porro.edu.it  
porro@pec.it



tois01400d@istruzione.gov.it  
tois01400d@pec.istruzione.it

**Al Dirigente Scolastico  
Istituto Istruzione Superiore  
"Ignazio PORRO" – Pinerolo (TO)**

Il/la sottoscritto/a  **DOCENTE** in servizio presso questo istituto con contratto a tempo indeterminato / determinato chiede di assentarsi dal servizio per:

(cancellare la voce che non interessa)

- |   |     |                      |    |                      |     |                      |
|---|-----|----------------------|----|----------------------|-----|----------------------|
| <input type="checkbox"/> Malattia   | dal | <input type="text"/> | al | <input type="text"/> | gg. | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Malattia per visita medica effettuata nella struttura sanitaria        | dal | <input type="text"/> | al | <input type="text"/> | gg. | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Partecipazione a concorso / esami                                      | dal | <input type="text"/> | al | <input type="text"/> | gg. | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Lutto  | dal | <input type="text"/> | al | <input type="text"/> | gg. | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Particolari motivi personali o familiari documentati o autocertificati | dal | <input type="text"/> | al | <input type="text"/> | gg. | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Matrimonio   | dal | <input type="text"/> | al | <input type="text"/> | gg. | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Permesso mensile art. 33 comma 3 Legge 104/92                          | dal | <input type="text"/> | al | <input type="text"/> | gg. | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Permesso per come previsto da specifiche disposizioni di legge         | dal | <input type="text"/> | al | <input type="text"/> | gg. | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Aspettativa per motivi di famiglia / studio e ricerca                  | dal | <input type="text"/> | al | <input type="text"/> | gg. | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Festività <input type="text"/>   | dal | <input type="text"/> | al | <input type="text"/> | gg. | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Ferie  | dal | <input type="text"/> | al | <input type="text"/> | gg. | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> .....  | dal | <input type="text"/> | al | <input type="text"/> | gg. | <input type="text"/> |

Allega la seguente documentazione e/o  
**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**  
(resa ai sensi del Dpr 28/12/2000 n. 445, artt. 46 e 47) nei casi in cui sia prevista:

..... li,

Firma .....

**VISTO SI AUTORIZZA**

**IL DIRIGENTE SCOLASTICO**  
Loredana GRABBI