

__1__ sottoscritt__ _____

docente con contratto individuale di lavoro a tempo indeterminato/determinato, in servizio presso questa scuola.

in qualità di: _____

CHIEDE

di non partecipare all'incontro di **programmazione settimanale** del
___/___/_____

dalle ore ____,__ alle ore ____,__

per i seguenti motivi : _____

Allega la seguente documentazione:

- Certificato medico
- Autocertificazione
- Altro

La scrivente è consapevole che:

- La certificazione dovrà essere prodotta entro i tre giorni successivi.
- La comunicazione dell'assenza va fatta con largo anticipo.
- Le ore saranno recuperate entro sessanta giorni per la sostituzione di colleghi assenti.
- Dichiara di essere stato fino ad oggi assente a n. _____ incontri di cui in oggetto.

Salerno, ___/___/_____

Firma _____

Il Dirigente Scolastico

autorizza

non autorizza

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
(Liliana Prof. Dell'Isola)