



---

**MODULO DI CONGEDO STRAORDINARIO**

**SERVIZIO** \_\_\_\_\_

**Il/La sottoscritto/a** \_\_\_\_\_ **matr.** \_\_\_\_\_ **chiede** \_\_\_\_\_ **giorno/i**  
**di congedo straordinario con /senza assegni dal** \_\_\_\_\_ **al** \_\_\_\_\_  
**per** \_\_\_\_\_.

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Richiamo alle armi   | <input type="checkbox"/> Riunione sindacale  |
| <input type="checkbox"/> Matrimonio   | <input type="checkbox"/> Assistenza al figlio minore di anni 1                         |
| <input type="checkbox"/> Gravidanza   | <input type="checkbox"/> Assistenza al figlio minore di anni 3                         |
| <input type="checkbox"/> Esami attinenti la carriera                                | <input type="checkbox"/> Elezioni a cariche pubbliche                                  |
| <input type="checkbox"/> Esami attinenti al perfezionamento<br>professionale        | <input type="checkbox"/> Partecipazione a congressi                                    |
| <input type="checkbox"/> Cure autorizzate per invalidità                            | <input type="checkbox"/> Infermità temporaneamente invalidante                         |
| <input type="checkbox"/> Periodi contumaciali previsti per le malattie<br>infettive | <input type="checkbox"/> Partecipazione a corsi di aggiornamento e<br>specializzazione |
| <input type="checkbox"/> Gravi motivi   |  |

---

Si allega \_\_\_\_\_

**IL RICHIEDENTE**

**Visto: IL RESPONSABILE**

---

---