

Il sottoscritto/a _____ in servizio presso codesto Istituto
in qualità di _____ nell'anno scolastico _____
con contratto a tempo indeterminato determinato

CHIEDE

Di poter fruire dal _____ al _____ per complessivi giorni _____
dal _____ al _____ per complessivi giorni _____

- Assenza per malattia
- Assenza per malattia (grave patologia)
- Assenza per visita medico/specialistica : obbligo di specifica dell'orario della visita effettuata.
- Ferie relative all'anno scolastico in corso
- Ferie maturate e non godute nel precedente anno scolastico
- Recupero festività soppresse (fino a 4 gg)
- Permesso breve orario dalle ore _____ alle ore _____
- Permessi retribuiti/ non retribuiti per:
 - Legge 104/92 " ex art. 33 comma 3" (fino a 3 gg mensili)
 - matrimonio (fino a 15 gg.);
 - partecipazione a concorsi ed esami (fino ad 8 gg)
 - lutto familiare (fino a 3 gg)
 - motivi personali / familiari art.15 (fino a 3 gg.);
(per il personale a tempo determinato vedi precisazioni art. 19 CCNL/2007 n.6 gg non retribuiti)
 - Permesso retribuito diritto allo studio (fino a n.150 ore nell'anno solare)
- Interdizione anticipata per gravi complicanze nella gestazione; L. 53/2000, D.Lgs. 151/2001
- Congedo maternità (astensione obbligatoria dal lavoro); L. 53/2000, D. Lgs. 151/2001
- Congedo maternità (astensione facoltativa); L.1204/71, D.Lgs. 151/2001
- Congedo parentale (astensione facoltativa dal lavoro); L. 53/2000, D.Lgs. 151/2001
- Congedo malattia figlio L. 53/2000, D. Lgs. 151/2001
- Aspettativa per :
(specificare) _____
- Altro _____

Durante il periodo di assenza il/la sottoscritto/a dichiara che sarà domiciliato/a in Via/P.zza _____ -
n. _____ tel _____

Si allega la documentazione prescritta: _____

Data _____ Firma _____

RISERVATO ALLA SEGRETERIA

Prot. n. _____ del _____

VISTO il vigente CCNL del comparto scuola

VISTA la richiesta del dipendente

- Si concede
- Non si concede

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof.ssa Rosaria Coronella