

Prot.n. _____ /FP del _____

Il sottoscritto _____ in servizio presso codesto Istituto

in qualità di Insegnante Scuola P. Grado Insegnante Scuola Primaria Insegnante Scuola Infanzia A.T.A.
con contratto a tempo Indeterminato Determinato

CHIEDE

alla S.V. di assentarsi, ai sensi del vigente CCNL, per gg. _____ dal _____ al _____ per:
(barrare la voce che interessa)

- ferie (ai sensi dell'art. 13/14/19 del C.C.N.L. 2006/2009) a.s. precedente - a.s. corrente
- festività soppresse (previste dalla legge 23/12/1977, n° 937)
- malattia (ai sensi dell'art. 17 del C.C.N.L.) ricovero ospedaliero (dichiarazione documentata)
- permesso retribuito (ai sensi dell'art. 15 etc. del C.C.N.L. 2006/2009) (dichiarazione documentata)
- concorsi/esami: **giorni già goduti n. _____** motivi personali/familiari: **giorni già goduti n. _____**
- lutto: **giorni già goduti n. _____** matrimonio donazione sangue
- aspettativa, non retribuita, per motivi di: (ai sensi dell'art. 18/19 del C.C.N.L.) (dichiarazione documentata)
- famiglia - lavoro - personali - studio
- permesso straordinario retribuito per diritto allo studio (ai sensi dell'art. 3 del D.P.R. 23/08/1988, n. 395)
- ore già godute nell'anno n. _____** (dichiarazione documentata)
- legge 104/92 dal _____ al _____ **giorni già goduti nel mese:** 0 - 1 - 2
- congedo maternità : (dichiarazione documentata)
- interdizione astensione obbl. pre parto astensione obbl. post parto
- congedo parentale : (data di nascita bambino/a _____) (dichiarazione documentata)
- astensione facoltativa: **giorni già goduti n. _____**
- astensione per malattia del bambino: 1° anno: **giorni già goduti n. _____** 2° anno: **giorni già goduti n. _____**
3° anno: **giorni già goduti n. _____** dal 4° all'8° anno **giorni già goduti nell'anno n. _____**
- infortunio sul lavoro e malattia dovuta a causa di servizio (ai sensi dell'art. 20 del C.C.N.L. 2006/09)
- altro caso previsto dalla normativa vigente: _____
- permesso breve: per il giorno _____ : dalle ore _____ alle ore _____ per un totale di ore _____
- recupero ore eccedenti e/o riposi compensativi n. _____ ore effettuate il _____ per il giorno _____

Durante il periodo di assenza il sottoscritto sarà domiciliato in _____
via _____ n° _____ tel. _____

• SI ALLEGA _____

San Paolo di Civitate li, _____

Con Osservanza

Vista la domanda : **si concede** **non si concede**

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
(Dott. Ruggero FOLLIERI)