

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)