

Oggetto: Richiesta/Comunicazione assenza.

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
(Cognome e Nome)  Docente: Infanzia/Primaria/Primo Grado  
 A.T.A.: DSGA/Ass.te Amm.vo/Coll.Scol.  
(qualifica)

in servizio presso codesto Istituto nel corrente a.s. con contratto a tempo:  Indeterminato  Determinato

nelle classi (solo per i docenti): \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

alla S.V. di poter usufruire per il periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ di complessivi n° \_\_\_\_\_ giorni di:

<input type="checkbox"/> ferie _____ a.s. 20____/20____ (art. 13 del C.C.N.L.)*	
<input type="checkbox"/> festività soppresse per l'a.s. 20____/20____ (art. 19 del C.C.N.L.)	
<input type="checkbox"/> congedo per malattia del figlio (art. 47 D.L.26/03/2001 n.151, art.12 CCNL 2006/2009)	
<input type="checkbox"/> congedo per assistenza a familiare con handicap in situazione di gravità.	
<input type="checkbox"/> <b>permesso retribuito per *</b>	<input type="checkbox"/> partecipazione a concorso/esame
<input type="checkbox"/> <b>permesso non retribuito per *</b> (personale assunto a Tempo determinato)	<input type="checkbox"/> matrimonio
	<input type="checkbox"/> lutto familiare
	<input type="checkbox"/> permesso per convegni/congressi
	<input type="checkbox"/> <u>motivi familiari/personali</u>
	<input type="checkbox"/> formazione/aggiornamento
	<input type="checkbox"/> per testimoniare in giudizio (Artt. 196 e 198 C.P.P. E Art. 250 e 255 C.P.C.)
<input type="checkbox"/> <b>malattia**</b>	<input type="checkbox"/> malattia
	<input type="checkbox"/> day hospital / ricovero
	<input type="checkbox"/> convalescenza post-ricovero
	<input type="checkbox"/> visita medica
	<input type="checkbox"/> gravi patologie
<input type="checkbox"/> <b>aspettativa per motivi di:</b>	<input type="checkbox"/> famiglia
	<input type="checkbox"/> personali
	<input type="checkbox"/> studio
	<input type="checkbox"/> lavoro
<input type="checkbox"/> <b>legge 104 (intera giornata)</b>	<input type="checkbox"/> giorni già goduti nel mese: _____
<input type="checkbox"/> <b>legge 104 (permessi orari)</b>	<input type="checkbox"/> ore già godute nel mese: _____
<input type="checkbox"/> <b>infortunio</b>	
<input type="checkbox"/> <b>altro caso previsto dalla normativa vigente (*)</b>	_____

**\*AUTOCERTIFICAZIONE** (solo per richieste Permessi retribuiti e non)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Il sottoscritto dichiara che nel predetto periodo sarà reperibile al seguente indirizzo: \_\_\_\_\_

(località, via o piazza, n° civico e n° di telefono)

Apricena, \_\_\_\_\_  
(data)

\_\_\_\_\_  
(firma del dipendente)

(\*) allegare documentazione giustificativa

(\*\*) allegare certificazione medica

**PARERE** (solo per ATA)

- favorevole  
 non favorevole



Il DSGA

Dott.ssa Maria Teresa SPALLONE

**VISTO:**

- si concede  
 non si concede



Il Dirigente Scolastico  
Prof. Giuseppe DI SIPIO