

Prot. n. _____ del ____/____/_____

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
dell'I.C. di Spezzano Sila - Celico - Rovito (CS)

Oggetto: Richiesta per ASSENZE/PERMESSI

_____ sottoscritt _____ con qualifica di:

- Docente
- Assistente Amministrativo
- Collaboratore Scolastico

in servizio presso codesto Istituto nell'anno scolastico 20__ /20__ con contratto a tempo:

- Indeterminato
- Determinato

CHIEDE alla S.V.

Di poter usufruire per il periodo: dal _____ al _____ di complessivi n. _____

- Giorni
- Ora/e

di:

<input type="checkbox"/> FERIE	<input type="checkbox"/> relative al corrente A.S. <input type="checkbox"/> maturate e non godute nel precedente A.S. <input type="checkbox"/> anticipo motivi familiari/personali gg.6
<input type="checkbox"/> FESTIVITÀ sopresse previste dalla L. n. 937/1977	
<input type="checkbox"/> RIPOSO compensativo (per n. _____ ore prestate in orario straordinario nel giorno _____)	
<input type="checkbox"/> PERMESSO retribuito per ¹ : (compilare autodichiarazione sul retro)	<input type="checkbox"/> partecipazione a concorso/esame 8 gg. <input type="checkbox"/> lutto familiare gg.3 per coniuge, convivente, parenti entro il secondo grado (genitori, figli, fratelli, sorelle, nonni, nipoti), affini entro il primo grado (suocero, suocera) <input type="checkbox"/> motivi familiari/personali gg.3 <input type="checkbox"/> matrimonio gg. 15
<input type="checkbox"/> PERMESSI per L. n.104/1992 o altro caso previsto dalla normativa vigente	
<input type="checkbox"/> PERMESSO breve ⁵	DICHIARA che il recupero di tali ore sarà svolto entro due mesi lavorativi successivi a quello della fruizione del permesso, in data _____
<input type="checkbox"/> MATERNITÀ	<input type="checkbox"/> interdizione per gravi complicanze della gestazione ² <input type="checkbox"/> astensione obbligatoria ³ <input type="checkbox"/> astensione facoltativa (L. 1204/71, art. 7 co. 1) <input type="checkbox"/> astensione facoltativa (L. 1204/71, art. 7 co. 2) ⁴
<input type="checkbox"/> MALATTIA /VISITA specialistica/ ACCERTAMENTI diagnostici	In caso di visita specialistica o accertamenti diagnostici il/la sottoscritto/a DICHIARA che la prestazione sanitaria non può essere fruita in orario diverso da quello di servizio.
<input type="checkbox"/> ASPETTATIVA non retribuita per motivi di famiglia/studio	

_____ sottoscritt _____ dichiara che nel periodo di FERIE/ PERMESSO sarà reperibile al seguente indirizzo:

via /piazza _____, n. civico _____ n. di telefono _____

Luogo e data

Firma del dipendente

1. Allegare documentazione giustificativa
2. Allegare certificazione medica
3. Allegare certificazione medica
4. Allegare certificazione medica
5. I permessi si riferiscono ad unità minime che siano orarie di lezione/servizio e non frazioni inferiori ad 1 ora.

AUTODICHIARAZIONE

_____ sottoscritt _____ ai sensi dell'art. 2, L. n. n. 15/68, art.3, c. 10, L.n. n. 127/97, art.1, DPR n. 403/98, art.46 DPR. n. 445/2000

DICHIARA

di voler usufruire di n. _____ giorno/i di permesso retribuito (ai sensi dell'art. 15 c. 2 del CCNL 2006/2009) dal _____ al _____ per i seguenti motivi: _____

Luogo e data

Firma del dipendente

RISERVATO ALL'AMMINISTRAZIONE

VISTO:

- si autorizza
- non si autorizza per il seguente motivo _____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

1. Allegare documentazione giustificativa
2. Allegare certificazione medica
3. Allegare certificazione medica
4. Allegare certificazione medica
5. I permessi si riferiscono ad unità minime che siano orarie di lezione/servizio e non frazioni inferiori ad 1 ora.