

OGGETTO: RICHIESTA ASSENZA

Il/La sottoscritt _____, _____
(Cognome e Nome) (qualifica)

in servizio presso codesta Istituzione Scolastica nell'a.s. _____ con contratto a tempo _____
(indeterminato/determinato)

CHIEDE

alla S.V. di poter usufruire per il periodo:

dal _____ al _____ di complessivi n. _____ giorni di _____

dal _____ al _____ di complessivi n. _____ giorni di _____

dal _____ al _____ di complessivi n. _____ giorni di _____

dal _____ al _____ di complessivi n. _____ giorni di _____

<input type="checkbox"/> ferie (art. 13) (***) OBBLIGATORIA DICHIARAZIONE PERSONALE ai sensi degli'artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000 ;	<input type="checkbox"/> relative al corrente anno scolastico; <input type="checkbox"/> maturate e non godute nel precedente A.S. (solo A.T.A.)
<input type="checkbox"/> festività soppresse previste dalla legge 23/13/1977, n. 937	
<input type="checkbox"/> recupero lavoro straordinario (solo A.T.A.)	
<input type="checkbox"/> permesso retribuito per (art. 15) * (***) OBBLIGATORIA DICHIARAZIONE PERSONALE ai sensi degli'artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000 ;	<input type="checkbox"/> partecipazione a concorso/esame; <input type="checkbox"/> lutto familiare (giorni 3); <input type="checkbox"/> motivi familiari/personali (***) <input type="checkbox"/> matrimonio (giorni 15); <input type="checkbox"/> obblighi legali/civili (mandato politico elettorale ecc.)
<input type="checkbox"/> maternità	<input type="checkbox"/> interdizione per gravi complicanze gestionali (**); <input type="checkbox"/> astensione obbligatoria (**); <input type="checkbox"/> astensione facoltativa (nei primi 8 anni del bambino (*)); <input type="checkbox"/> astensione facoltativa /malattia figlio (nei primi tre anni di vita del bambino)
<input type="checkbox"/> malattia - visita specialistica – ricovero ospedaliero - esami diagnostici (art. 17) (**)	
<input type="checkbox"/> aspettativa per motivi di famiglia/studio	
<input type="checkbox"/> altro caso previsto dalla normativa vigente (*)	

❖ La/Il sottoscritt__ dichiara (***) **(campo obbligatorio in caso di richiesta Ferie art. 13 e Permesso retribuito Art. 15):**

e che nel predetto periodo sarà reperibile al seguente indirizzo:

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

Manfredonia, _____
(data)

(firma del dipendente)

(*) allegare documentazione giustificativa
(**) allegare certificazione medica
(***) sottoscrivere dichiarazione personale

RISERVATO ALLA SEGRETERIA

Note:

IL D.S.G.A.

VISTO:

- p.p.v.
- si concede
- non si concede

IL DIRIGENTE SCOLASTICO