

Oggetto: RICHIESTA DI ASSENZA DAL LAVORO – PERSONALE DOCENTE / ATA

Il/la sottoscritto/a _____, (qualifica) _____
in servizio presso codesto Istituto nel corrente Anno Scolastico con contratto a tempo
indeterminato / determinato

C H I E D E

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

dal ____/____/____ al ____/____/____ di complessivi n. ____ giorni di:

<input type="checkbox"/> FERIE (ai sensi dell'art. 13 del C.C.N.L. 2006/2009)	<input type="checkbox"/> <i>RELATIVE ANNO CORRENTE A.S.</i>
	<input type="checkbox"/> <i>MATURATE E NON GODUTE NEL PRECEDENTE A.S.</i>
<input type="checkbox"/> FESTIVITA' SOPPRESSE (previste dalla legge 23/12/1977, n° 937)	
<input type="checkbox"/> RECUPERO	
<input type="checkbox"/> PERMESSO RETRIBUTIVO PER (ai sensi dell'art. 15 C.C.N.L.2006/2009)	<input type="checkbox"/> <i>PARTECIPAZIONE A CONCORSO / ESAME</i>
	<input type="checkbox"/> <i>LUTTO FAMILIARE</i>
	<input type="checkbox"/> <i>MOTIVI FAMILIARI / PERSONALI</i>
	<input type="checkbox"/> <i>MATRIMONIO</i>
	<input type="checkbox"/> <i>LEGGE 104/92</i>
	<input type="checkbox"/> <i>ALTRO _____</i>
<input type="checkbox"/> PERMESSO NON RETRIBUITO	<input type="checkbox"/> <i>PARTECIPAZIONE A CONCORSO / ESAME</i>
	<input type="checkbox"/> <i>MOTIVI FAMILIARI / PERSONALI</i>
<input type="checkbox"/> MALATTIA (ai sensi dell' art. 17 del C.C.N.L. 2006/2009) (allegare documentazione giustificativa/medica)	<input type="checkbox"/> <i>VISITA SPECIALISTICA</i>
	<input type="checkbox"/> <i>DAY HOSPITAL</i>
	<input type="checkbox"/> <i>RICOVERO OSPEDALIERO</i>
	<input type="checkbox"/> <i>ANALISI CLINICHE</i>
	<input type="checkbox"/> <i>PATOLOGIA GRAVE</i>
<input type="checkbox"/> ASPETTATIVA PER MOTIVI DI FAMIGLIA / STUDIO	
<input type="checkbox"/> ASPETTATIVA PER MOTIVI DI LAVORO	
<input type="checkbox"/> CONGEDI EVENTI E CAUSE PARTICOLARI	
<input type="checkbox"/> CONGEDI PER LA FORMAZIONE	
<input type="checkbox"/> ALTRO CASO PREVISTO DALLA NORMATIVA VIGENTE	

Il/La sottoscritto/a dichiara che nel predetto periodo sarà reperibile al seguente indirizzo:

_____ / cell _____
(località, via o piazza, n° civico e n° cellulare)

Firma

Apice, ____/____/____

VISTO	
<input type="checkbox"/> si concede	
<input type="checkbox"/> non si concede	

IL DIRETTORE Dei Servizi Gen.li ed Amm.vi Giovanni MARRONE	IL DIRIGENTE SCOLASTICO Anna SIGNORIELLO
_____	_____

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO
AL DIRETTORE DEI SERVIZI GEN.LI ED AMM.VI
ISTITUTO COMPRENSIVO "E. FALCETTI"
APICE (BN)**