|  |  |
| --- | --- |
|  | **AL DIRIGENTE SCOLASTICO**  **ISTITUTO COMPRENSIVO “A.AMARELLI”** |

Il/la sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(Cognome e Nome)** (**qualifica)**

in servizio presso codesto Istituto con contratto a tempo **Indeterminato**  **Determinato**

**C H I E D E**

alla S.V. di assentarsi per gg.\_\_\_\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per:

dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DOCENTI** | | |
| **ferie**  *(*ai sensi dell.art. 13 comma 9 C.C.N.L. 2006/2009) | | motivi personali/familiari |
| **ferie**  *(*ai sensi dell.art. 15 comma 2 C.C.N.L. 2006/2009) | |
| **PERSONALE A.T.A** | | |
| **ferie (A.T.A.)**  *(ai sensi dell’art. 13 del C.C.N.L. 2006/2009)*  **festività soppresse** *(previste dalla legge 23/12/1977, n° 937)* | relative al corrente **a.s.**  maturate e non godute nel precedete **a.s.** | |
| **PERSONALE DOCENTE/ATA** | | |
| **recupero ore eccedenti** | | |
| **permesso retribuito per**  *(ai sensi dell’art. 15 del C.C.N.L. 2006/2009)* | partecipazione concorso /esame  motivi personali/familiari  lutto | |
| **permesso NON RETRIBUITO** |  | |
| **malattia** **visita specialistica**  **ricovero ospedaliero esami diagnostici/analisi cliniche**  **day hospital**  **invalidità riconosciuta per “causa di servizio”**  **invalidità civile (riconosciuta dall’INPS)** *(ai sensi dell’art. 17 CCNL. 2006/2009)* | | |
| **grave patologia**  *(ai sensi dell’art. 17 CCNL 2006/2009 Comma 9)* | | |
| **altro caso previsto dalla normativa vigente:** | | |
| **Donazione sangue** (Art. 1, L. 584/67, C.M n. 115 del 18.04.1977)  **Testimonianza ai processi** (art. 348 C.P.P e art. 255 C.P.C.)  **ALTRO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | |

Durante il periodo di assenza il /la sottoscritto/a sarà domiciliato in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. SI ALLEGA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CORIGLIANO-ROSSANO\_li,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(**firma del dipendente)**

Vista la domanda,

□ si concede

□ non si concede

IL DSGA IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Prof.ssa Tiziana Cerbino

