

Il sottoscritto _____, in servizio presso codesto
(Cognome e nome)
Istituto nel corrente anno scolastico in qualità di _____ con contratto a
(Docente/ATA)
tempo _____,
(indeterminato/determinato)

CHIEDE

alla S.V. di poter usufruire per il periodo dal _____ al _____ di complessivi n. _____ giorni
di permesso per:

<input type="checkbox"/> Ferie <i>(ai sensi dell'art. 13 del C.C.N.L. 29/11/2007)</i>	<input type="checkbox"/> relative al corrente a.s. <input type="checkbox"/> maturate e non godute nel precedente a.s.
<input type="checkbox"/> Festività soppresse previste dalla Legge 23/12/1977, n. 937 (art. 14 C.C.N.L. 29/11/2007)	
<input type="checkbox"/> Infortunio (*) <i>(ai sensi dell'art. 20 del C.C.N.L. 29/11/2007)</i>	
<input type="checkbox"/> Legge 104/92	giorni già goduti nel mese: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
<input type="checkbox"/> Malattia (*) <i>(ai sensi dell'art. 17 del C.C.N.L. 29/11/2007)</i> Cert. Prot. n. _____	<input type="checkbox"/> Visita specialistica <i>Si dichiara che non è stato possibile prenotare la visita in orario non coincidente con quello di servizio</i> F.TO _____ <input type="checkbox"/> Ricovero ospedaliero /Day Hospital <input type="checkbox"/> Analisi cliniche /accertamenti clinici
<input type="checkbox"/> Maternità	<input type="checkbox"/> Interdizione per gravi complicanze della gestazione (*) <input type="checkbox"/> Astensione obbligatoria (*)
<input type="checkbox"/> Permesso orario	dalle ore _____ alle ore _____
<input type="checkbox"/> Permesso retribuito per <i>(ai sensi dell'art. 15 del C.C.N.L. 29/11/2007)</i>	Motivazione della richiesta _____ _____ _____
<input type="checkbox"/> Permesso non retribuito per	
<input type="checkbox"/> motivi personali /familiari <input type="checkbox"/> partecipazione a concorso /esame <input type="checkbox"/> lutto familiare <input type="checkbox"/> matrimonio	
<input type="checkbox"/> Recupero ore (specificare la motivazione: _____)	
<input type="checkbox"/> Altro caso previsto dalla normativa vigente (**)	

(*) Allegare certificazione medica

(**) Allegare documentazione giustificativa

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

(località, via o piazza, n. civico e n. telefonico)

Roma, _____
(Data)

F.TO _____
(Nome e cognome del dipendente)

- Si concede
 Non si concede

IL DIRETTORE S.G.A.
Mariangela de Sario

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Roberto Toro