Al Dirigente Scolastico

 del Liceo Scientifico Statale “G. Keplero”

 Roma

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:

|  |  |
| --- | --- |
| □ Ferie*(art. 13 del C.C.N.L. 29/11/2007)* | □ relative al corrente a.s.□ maturate e non godute nel precedente a.s. |
| □ Festività soppresse previste dalla Legge 23/12/1977, n. 937 *(art. 14 C.C.N.L. 29/11/2007)* |
| □ Infortunio *(art. 20 del C.C.N.L. 29/11/2007 - allegare dichiarazione concernente l’infortunio occorso)* |
| □ Legge 104/92 (eventuali specificazioni \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) giorni già fruiti nel mese: □ 1 □ 2 |
| □ Malattia *(art. 17 del C.C.N.L. 29/11/2007)*Cert. Prot. n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | □ Visita specialistica *(alleg. docum. giustificativa)* *Si dichiara, sottoscrivendo il presente modulo, che non è stato possibile prenotare la visita in orario non coincidente con quello di servizio*□ Ricovero ospedaliero/Day Hospital *(alleg. docum. giustificativa)*□ Analisi cliniche/accertamenti clinici *(alleg. docum. giustificativa)* |
| □ Maternità  | □ Interdizione per gravi complicanze della gestazione *(alleg. cert. med.)* □ Astensione obbligatoria *(alleg. certificato medico)*  |
| □ Permesso breve *(art. 16 del C.C.N.L. 29/11/2007)* | dalle ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| □ Permesso retribuito per*(art. 15 del CCNL Scuola 29/11/2007)*□ Permesso non retribuito per | □ motivi personali/familiari □ partecip. a concorso/esame□ lutto familiare□ matrimonio□ altro *(specificare di seguito)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Motivazione/specificazione della richiesta *(da riportare ai sensi dell’art. 15, c. 2 del CCNL Scuola 29/11/2007)*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| □ Permesso retribuito per motivi di studio (ore complessivamente spettanti \_\_\_\_\_\_\_\_ ore già fruite \_\_\_\_\_\_\_\_) |
| □ Recupero ore (specificare la motivazione: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) |
| □ Aspettativa □ retribuita □ non retribuita (genere di aspettativa richiesto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)*(da richiedere con congruo anticipo allegando apposita documentazione)* |
| □ Altro caso previsto dalla normativa vigente *(allegare documentazione giustificativa)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Eventuali note: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

 Roma, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(Data) (Firma del richiedente)*

□ Si concede

□ Non si concede

 IL DIRETTORE S.G.A. IL DIRIGENTE SCOLASTICO

 Sig.ra Anna Canna Prof. Roberto Toro