

____ I ____ sottoscritt _____ nat ____ II ____ / ____ / ____

a _____ Prov. (____), residente in _____

Prov. (____) nella Via _____ N° _____, in

servizio presso questo Istituto con la qualifica di _____, con Contratto Individuale di Lavoro a Tempo Indeterminato –

Determinato per l' A.S. _____ / _____, chiede / comunica

alla S.V. di potere usufruire dal _____ al _____ per complessivi giorni _____ per:

☐ Ferie a.s. _____ / _____

☐ Festività Soppresse (Max gg. 4)

☐ Ferie art. 15 comma 2 C.C.N.L. – Docenti – (max gg. 06) (vedi certificazione o dichiarazione sostitutiva di certificazione allegata):

☐ Malattia

☐ visita

☐ ricovero

☐ ricovero DH e/o

specialistica

ospedaliero

DAY SURGERY

☐ Malattia GRAVI PATOLOGIE

☐ Permesso retribuito per Motivi Personali e/o Familiari (max gg. 3 per a.s.) (vedi certificazione o dichiarazione sostitutiva di certificazione allegata):

☐ Permesso retribuito ai sensi della Legge 104/92 (max gg. 3 al mese)

☐ Permesso retribuito per Concorsi, Esami (max gg. 8 per A.S.) RUOLO

☐ Permesso non retribuito per Concorsi, Esami (max gg. 8 per A.S.) NON DI RUOLO

☐ Permesso retribuito per Corso di Formazione/Aggiornamento (max gg. 05 gg. per a.s.) TUTTO IL PERSONALE

☐ Permesso retribuito N° _____ ore per Assemblea Sindacale (max 10 ore annue)

☐ Permesso retribuito N° _____ ore per Diritto allo Studio (max 150 ore per anno)

☐ Permesso per Lutto

☐ Permesso per Donazione Sangue

☐ Astensione Complicazioni nella Gestazione

☐ Astensione Obbligatoria dal Lavoro (Gravidanza e/o Puerperio)

☐ Congedo Parentale (da 00 a 12 anni di vita del bambino) Retribuzione al 100% PER IL FIGLIO _____

☐ Congedo Parentale (da 00 a 12 anni di vita del bambino) Retribuzione al 30% PER IL FIGLIO _____

☐ Congedo Parentale Malattia Bambino da 00 a 03 anni PER IL FIGLIO _____

☐ Congedo Parentale Malattia Bambino da 04 a 08 anni (non retribuito) PER IL FIGLIO _____

☐ Permesso per Cariche Elettive

☐ Permesso Componente Seggio Elettorale

☐ Riposo Compensativo Elettorale

☐ Riposo Compensativo Lavoro Straordinario n° ORE _____ PERSONALE ATA

☐ Permesso breve dalle ore _____ alle ore _____

☐ Altri casi previsti dalle norme vigenti _____

REPERIBILITA' DURANTE L'ASSENZA - CITTA'

INDIRIZZO VIA

TEL. / CELL.

Alcamo, _____

FIRMA

☐ SI CONCEDE

☐ NON SI CONCEDE

Il Direttore S.G.A.
Dr. Marcello Di Bernardo

Il Dirigente Scolastico
prof.ssa Vincenza Mione