

.Reg. Argo Reg. Sidi Reg. assenze

Il/La sottoscritto/a _____ in servizio presso

Codesto Istituto in qualità di Docente ATA a tempo indeterminato a tempo determinato

CHIEDE

Alla S.V. di assentarsi per complessivi giorni _____ dal _____ al _____ per:

permesso retribuito (ai sensi dell'art. 15 del C.C.N.L. 2006/2009) per motivi personali/non retribuito (solo **ITD**)

per il seguente motivo _____

motivi personali/familiari per il seguente motivo: _____

Legge 104/92 - dichiara che l'assistito non è ricoverato a tempo pieno in strutture/ospedali

concorsi o esami o matrimonio (data ____/____/____) o corso di formazione (allega circolare)

lutto (parente entro il 2° grado/affine entro il 1° grado) _____

150 ore diritto allo studio (n. ore ____) dalle _____ alle _____

motivi di salute (ai sensi dell'art.17 del C.C.N.L. 2006/2009) malattia n. certificato (PUC) _____

accertamenti clinici/visite specialistiche – donazione sangue

Allega: impegnativa/prenotazione (si obbliga a presentare attestato di presenza alla visita entro 5 giorni)

Ferie a.s. precedente

Ferie a.s. corrente

Festività soppresse

Riposo compensativo lavoro straordinario (ATA)

Giudice popolare come da nomina allegata Aspettativa per motivi di famiglia/lavoro/personali/studio **NON RETRIBUITA**

Astensione dal lavoro per complicanze gestazione/obbligatoria – (data presunta del parto) ____/____/____ (si allega Certificazione medica)

Congedo parentale fino al 6° anno di vita del bambino – retribuito al 100% - retribuito al 30%

Congedo parentale fino al 12° anno di vita del bambino non retribuito

Astensione dal lavoro per malattia del figlio/a inferiore a 3 anni (nome _____ data di nascita ____/____/____)

Astensione dal lavoro per malattia del figlio/a superiore a 3 anni fino ad 8 anni (senza retribuzione) (nome _____ data di nascita ____/____/____) Allega la seguente documentazione: - cert. Malattia del bambino – Dichiarazione del coniuge che non usufruisce per lo stesso periodo del medesimo congedo completo di documento di identità

ALTRO CASO NON PREVISTO _____

Lamezia Terme li ____/____/____

Firma _____

Riservato all'Ufficio di Segreteria

Totale giorni CCNL _____ Totale giorni usufruiti _____ Totale giorni richiesti _____ Totale giorni da usufruire _____

Vista la domanda si concede non si concede per il seguente motivo _____

Il Dirigente Scolastico
Simona Blandino

Il D.S.G.A.
Montesanti Patrizia

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(art. 2 della legge 4 gennaio 1968, n. 15 art. 3, comma 10, L. 15 marzo 1997 n. 127, art. 1, Dpr 20 ottobre 1998 n. 403)

(art. 46 D.P.R. 445 del 28/12/2000)

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a _____

residente _____ Via _____ n° _____

in servizio c/o codesta istituzione scolastica in qualità di _____

a tempo _____,

consapevole che in caso di falsa dichiarazione verranno applicate le sanzioni previste dal codice penale, che comporta inoltre la decadenza dal beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera

DICHIARA

di aver usufruito di voler usufruire _____ giorno/i di permesso retribuito (ai sensi dell'art. 15 c. 2 del CCNL 2006/2009) dal _____ al _____

per motivi _____

_____ li _____

Il/la Dichiarante
