

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a il _____ a _____, in
servizio presso : Secondaria di 1° "Aldo Moro" ; Primaria "Aldo Moro";
 Primaria Plesso "Pisacane" ; Infanzia Plesso "Pinto"; Infanzia Plesso "Neruda"
in qualità di _____ con contratto a TEMPO INDETERMINATO/DETERMINATO.

CHIEDE

la concessione di n° _____ giorni come di seguito indicato : dal/il _____ al/il _____
di :

- | | |
|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Riposo compensativo. | <input type="checkbox"/> Assenza legge 1204/71 |
| <input type="checkbox"/> Permesso Retribuito (art. 15 CCNL): | <input type="checkbox"/> Interdizione anticipata per gravidanza a rischio |
| <input type="checkbox"/> Motivi di studio | <input type="checkbox"/> Astensione obbligatoria per gravidanza |
| <input type="checkbox"/> Lutto | <input type="checkbox"/> Astensione obbligatoria per puerperio |
| <input type="checkbox"/> Matrimonio | <input type="checkbox"/> Astensione facoltativa (1) |
| <input type="checkbox"/> Motivo Personali | <input type="checkbox"/> Malattia figlio minore 3 anni (1) |
| <input type="checkbox"/> Assenza per malattia (art. 17 CCNL): | <input type="checkbox"/> Congedo Parentale (1) |
| <input type="checkbox"/> Infermità | <input type="checkbox"/> Ferie <input type="checkbox"/> Relativo anno scolastico corrente |
| <input type="checkbox"/> Ricovero Ospedaliero | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Relativo anno precedente |
| <input type="checkbox"/> Convalescenza post –ricovero | <input type="checkbox"/> Festività soppresse |
| <input type="checkbox"/> Accertamenti diagnosi o visita specialistica | <input type="checkbox"/> Permesso Legge 104/92 giorni fruiti nel corrente
mese _____. |
| <input type="checkbox"/> Aspettativa (art.18 CCNL) per : | |
| <input type="checkbox"/> Motivi di famiglia | |
| <input type="checkbox"/> Motivi di studio | |

Altro caso previsto dalla normativa vigente : _____

Allega alla presente la seguente documentazione : _____

Con Osservanza

Data, _____

(1) Accludere dichiarazione sostitutiva ex legge 15/68

RISERVATO ALLA SEGRETERIA.

La presente è pervenuta in data _____/_____/_____.

Il dipendente ha già fruito, per lo stesso motivo di n° _____ giorni di assenza nel corso del :

- del corrente anno scolastico del precedente anno scolastico del triennio
 del _____ anno vita bambino, dei primi tre – otto anni di vita del bambino.

La richiesta, pertanto, può essere accolta.

non può essere accolta.

Il D.S.G.A
(Dott. Valerio Nero)

L'assistente amministrativo

Addetto al controllo. _____

Note del Dirigente Scolastico.

Visto :

si concede

non si concede

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
(Prof. Lorenzo de Simone)