

Il/La sottoscritto/a _____, _____
(Cognome e Nome) (qualifica)
in servizio presso il **PLESSO** _____ nel corrente A.S. con contratto a tempo _____
(indeterminato/determinato)

COMUNICA / CHIEDE

alla S.V. di assentarsi per gg _____ dal _____ al _____
_____ dal _____ al _____

<input type="checkbox"/> ferie (ai sensi dell'art. 13 del C.C.N.L. 2006/2009) <input type="checkbox"/> a.s. precedente <input type="checkbox"/> a.s. corrente	<input type="checkbox"/> festività soppresse (previste dalla legge 23/12/1977, n° 937)
<input type="checkbox"/> permesso retribuito: (ai sensi dell'art. 15 del C.C.N.L.2006/2009) <input type="checkbox"/> Recupero (personale ATA)	<input type="checkbox"/> attività di formazione <input type="checkbox"/> partecipazione concorsi / esami <input type="checkbox"/> matrimonio <input type="checkbox"/> motivi personali/familiari <input type="checkbox"/> lutto
<input type="checkbox"/> maternità (allegare documentazione giustificativa)	<input type="checkbox"/> interdizione per gravi complicanze della gestazione <input type="checkbox"/> astensione obbligatoria <input type="checkbox"/> astensione facoltativa
<input type="checkbox"/> malattia: <input type="checkbox"/> visita specialistica/esami clinici +allegato4 <input type="checkbox"/> ricovero /day hospital (allegare certificazione medica)	
<input type="checkbox"/> aspettativa per motivi di famiglia/studio (allegare documentazione giustificativa)	_____ (specificare motivo)
<input type="checkbox"/> Legge 104/92 - giorni già goduti nel mese: <input type="checkbox"/> 1 - <input type="checkbox"/> 2 - <input type="checkbox"/> 3 Si dichiara che il familiare/affine che necessita di assistenza, con Handicap in situazione di gravità non è ricoverato a tempo pieno. _____ (firma del dipendente)	
N.B: Per ogni altro caso previsto dalla normativa vigente consultare gli altri modelli di assenza	

➤ Il/la sottoscritto/a dichiara che nel predetto periodo sarà reperibile al seguente indirizzo:

(località, via o piazza, n° civico e n° di telefono)

Macerata Campania, _____
(data) (firma del dipendente)

RISERVATO ALLA SEGRETERIA

a- Il dipendente ha già usufruito di complessivi n° _____ giorni di _____
n° _____ giorni di _____
Nel corso: del corrente A.S. del precedente A.S. del triennio

VISTO del D.S.

VISTO del Fiduciario di Plesso:

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
(Prof. Antonio PALMIERI)
