

**OGGETTO: ASSENZA DAL SERVIZIO-CCNL 19/04/2018-**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nat. a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  **Docente**  **A.T.A.**,  **DSGA** con contratto di lavoro a tempo

**Indeterminato**  **Determinato**  **supplente breve e saltuario**

**CHIEDE**

alla S.V. di poter usufruire per il periodo:

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ gg. \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ gg. \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ gg. \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> ferie	<input type="checkbox"/> relative al <b>corrente A.S.2019/2020</b> <input type="checkbox"/> maturate e non godute nel <b>precedente A.S.2018/2019</b>
<input type="checkbox"/> festività sopresse previste dalla legge 23/12/1977, n° 937	
<input type="checkbox"/> recupero	
<input type="checkbox"/> permesso retribuito per motivi familiari o personali Motivazione ai sensi dell' art.46 D.P.R. 445 del 28/12/2000: _____ _____ <input type="checkbox"/> legge 104 nome dell'assistito _____ Grado di parentela _____	<input type="checkbox"/> partecipazione a concorso/esame (da giustificare) <input type="checkbox"/> partecipazione al corso di formazione _____ <b>(allegare iscrizione)</b> <input type="checkbox"/> lutto familiare (da giustificare -indicare il grado di parentela con la persona defunta) _____ <input type="checkbox"/> matrimonio
<input type="checkbox"/> Assenza per malattia <input type="checkbox"/> Visita specialistica <input type="checkbox"/> permesso breve per effettuazione visita specialistica: dalle ore _____ alle ore _____ <b>(solo per il personale ATA )</b> <input type="checkbox"/> assenza per visita specialistica fuori regione ai sensi della C.M. n. 301/1996 dal _____ al _____ <input type="checkbox"/> gravi patologie <input type="checkbox"/> Stato patologico connesso o sotteso alla situazione di invalidità riconosciuta	<input type="checkbox"/> Permesso per gravi motivi familiari (DM 278/00 art. 1) per assistenza al sig. _____ Indicare il grado di parentela _____ <input type="checkbox"/> Convocazione Tribunale <input type="checkbox"/> Permesso sindacale <input type="checkbox"/> Recupero ore effettuate <input type="checkbox"/> Diritto allo studio <input type="checkbox"/> Infortunio
<input type="checkbox"/> aspettativa per motivi di famiglia/studio	
<input type="checkbox"/> altro caso previsto dalla normativa vigente (*)	

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
(data)

\_\_\_\_\_  
(firma del dipendente)

Si allega/allegherà certificazione medica:

Visto: si esprime parere  favorevole  sfavorevole

II DIRETTORE S.G.A  
Vincenza Ditto

Si autorizza  
 Non si autorizza

II DIRIGENTE SCOLASTICO  
Dott. Francesco Praticò