

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 corrente A.S.2019/2020 <input type="checkbox"/> maturate e non godute nel precedente A.S.2018/2019
<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 _____ (allegare iscrizione) <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 _____ (solo per il personale ATA) <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 <input type="checkbox"/> favorevole <input type="checkbox"/> sfavorevole <input type="checkbox"/> Si autorizza <input type="checkbox"/> Non si autorizza	II DIRETTORE S.G.A Vincenza Ditto IL DIRIGENTE SCOLASTICO Dott.. Francesco Praticò
---	---