

**Oggetto: Richiesta/Comunicazione assenza.**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  Docente: Infanzia/Primaria/Primo Grado  
(Cognome e Nome)  A.T.A. DSGA/Ass.te Amm.vo/Coll.Scol.  
(qualifica)

in servizio presso codesto Istituto nel corrente a.s. con contratto a tempo:  Indeterminato  Determinato

nelle classi (solo per i docenti): \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

alla S.V. di poter usufruire per il periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ di complessivi n° \_\_\_\_\_ giorni di:

<input type="checkbox"/> ferie _____ a.s. 20____/20____ (art. 13 del C.C.N.L.)* <input type="checkbox"/> festività sopresse per l'a.s. 20____/20____ (art. 19 del C.C.N.L.)	
<input type="checkbox"/> congedo per malattia del figlio (art. 47 D.L.26/03/2001 n.151, art.12 CCNL 2006/2009) <input type="checkbox"/> congedo per assistenza a familiare con handicap in situazione di gravità.	
<input type="checkbox"/> permesso retribuito per * <input type="checkbox"/> permesso non retribuito per * (personale assunto a Tempo determinato)	<input type="checkbox"/> partecipazione a concorso/esame <input type="checkbox"/> matrimonio <input type="checkbox"/> lutto familiare <input type="checkbox"/> permesso per convegni/congressi <input type="checkbox"/> motivi familiari/personali <input type="checkbox"/> formazione/aggiornamento <input type="checkbox"/> per testimoniare in giudizio (Artt. 196 e 198 C.P.P. E Art. 250 e 255 C.P.C.)
<input type="checkbox"/> malattia**	<input type="checkbox"/> day hospital – ricovero <input type="checkbox"/> visita medica <input type="checkbox"/> gravi patologie
<input type="checkbox"/> aspettativa per motivi di:	<input type="checkbox"/> famiglia <input type="checkbox"/> personali <input type="checkbox"/> studio <input type="checkbox"/> lavoro
<input type="checkbox"/> legge 104 (intera giornata) <input type="checkbox"/> legge 104 (permessi orari)	<input type="checkbox"/> giorni già goduti nel mese: _____ <input type="checkbox"/> ore già godute nel mese: _____
<input type="checkbox"/> infortunio	
<input type="checkbox"/> altro caso previsto dalla normativa vigente (*) _____	

**\*AUTOCERTIFICAZIONE (solo per richieste Permessi retribuiti e non)**

Il sottoscritto dichiara che nel predetto periodo sarà reperibile al seguente indirizzo: \_\_\_\_\_

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

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

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

(\*) allegare documentazione giustificativa

(\*\*) allegare certificazione medica

<p><b>PARERE (solo per ATA)</b></p> <p><input type="checkbox"/> favorevole <input type="checkbox"/> non favorevole</p>		<p><b>Il DSGA</b> Dott.ssa Maria Teresa SPALLONE</p>	<p><b>VISTO:</b></p> <p><input type="checkbox"/> si concede <input type="checkbox"/> non si concede</p>		<p><b>Il Dirigente Scolastico</b> <b>Prof. Tommaso ALBANO</b></p>
--	---	--	---	--	---