AL DIRIGENTE SCOLASTICO
I.C. GIOVANNI XXIII – DE AMICIS
TRIGGIANO

Il/la sottoscritto/a_______________________________________ contratto a tempo __________________ in servizio presso codesto Istituto in qualità di

- DOCENTE INFANZIA - PLESSO ____
- DOCENTE PRIMARIA - PLESSO ____
- DOCENTE SEC. 1° G. - PLESSO ____
- A.T.A. - ☐ D.S.G.A. - ☐ AA - ☐ CS - PLESSO ____

C H I E D E

alla S.V. di assentarsi per gg.__________ dal _______________ al _________________ per:

☐ malattia *(ai sensi dell'art. 17 del C.C.N.L. 2006/2009 e art. 35 C.C.N.L. 2019/2021)*
☐ visita specialistica - ☐ ricovero ospedaliero - ☐ analisi cliniche - ☐ accertamenti diagnostici
☐ malattia oraria *(**solo** ATA max 18 ore - art. 33 del C.C.N.L. 2018)* **dalle ore_________ alle ore_______**

☐ permesso retribuito *(art. 15, C.C.N.L. 2006/2009 e art. 35, C.C.N.L. 2019/2021)* **già goduti nell'a.s: giorni________**
☐ motivi personali/familiari (anche suppl. 31/8 e 30/6) - ☐ concorsi/esami - ☐ lutto - ☐ matrimonio

☐ permesso orario retribuito *(**solo** ATA max 18 ore - art. 31 del C.C.N.L. 2018)* **dalle ore_________ alle ore_______**

☐ aspettativa per motivi di: *(ai sensi dell'art. 18 del C.C.N.L. 2006/2009)*
☐ famiglia - ☐ lavoro - ☐ personali - ☐ studio

☐ legge 104/92 **giorni già goduti nel mese: ☐ 1 - ☐ 2 - ☐ 3**

☐ infortunio sul lavoro e malattia dovuta a causa di servizio *(ai sensi dell'art. 20 del C.C.N.L. 2006/09)*

☐ altro caso previsto dalla normativa vigente: ____

☐ permesso breve: giorno _______________ dalle _______ alle_______ totale ore _____

Durante il periodo di assenza il sottoscritto sarà domiciliato in ________________________________

via ______________________________________n°__________ tel. _______________________

☐ Si allega ☐ Si riserva di allegare ____

TRIGGIANO, ___________________

Firma

____

^^^

Vista la domanda,
☐ si dispone
☐ si concede ☐ non si concede

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

____