

AL DIRIGENTE SCOLASTICO Istituto Comprensivo di ITRI

Il sottoscritto _____ in servizio:

Scuola Infanzia	Scuola Primaria	Sec. I grado	Sec. II grado	A.T.A.
a Tempo Indeterminato	a Tempo Determinato	chiede di poter usufruire		
DAL	AL	GIORNI	1	
ovvero				
Dalle ore	Alle ore	ORE	MIN.	

per il seguente motivo:

Malattia	Grave Patologia	Visita Specialistica	Day Hospital	Infortunio
Ricovero Ospedaliero/Intervento		POST Ricovero Ospedaliero/Intervento		

allegare certificazione - documentazione giustificativa - indicare l'orario della prestazione specialistica

<input type="checkbox"/>	personali o familiari (max 3 giorni)	(Documentazione o Autocertificazione)
<input type="checkbox"/>	lutto familiare (3 giorni per evento)	(Documentazione o Autocertificazione)
<input type="checkbox"/>	Permesso retribuito/non retribuito:	
<input type="checkbox"/>	esami e concorsi (8 giorni)	(Documentazione o Autocertificazione)
<input type="checkbox"/>	matrimonio (15 gg) celebrazione il	(Documentazione o Autocertificazione)
<input type="checkbox"/>	(altro)	(Documentazione o Autocertificazione)

Vedi fondo pagina

<input type="checkbox"/>	Legge 104/92:	<input type="checkbox"/>	art.33 comma 3
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	congedo biennale

<input type="checkbox"/>	MATERNITA':	<input type="checkbox"/>	Interdizione complicanze gestazione
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Astensione Obbligatoria
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Puerperio
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Astensione Facoltativa
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Assenza per malattia figlio

figlio nato il: _____

<input type="checkbox"/>	Aspettativa per motivi di:	<input type="checkbox"/>	Famiglia	<input type="checkbox"/>	Studio
--------------------------	-----------------------------------	--------------------------	-----------------	--------------------------	---------------

allegare certificazione /documentazione giustificativa /dichiarazione sostitutiva

<input type="checkbox"/>	FERIE	DOCENTI:	(max n°6 giorni durante l'anno art.13 c. 9 C.C.N.L.)	
--------------------------	--------------	-----------------	---	--

FERIE per motivi personali o familiari (qualora il docente esaurisca i primi 3 giorni di permesso), **DOCUMENTATI (anche con autocertificazione, Vedi fondo pagina)**

<input type="checkbox"/>	FERIE	A.T.A.:	relative precedente anno scolastico	relative anno scolastico corrente
--------------------------	--------------	----------------	--	--

Recupero lavoro straordinario (A.T.A.)

Recupero ore prestate Banca Ore (DOCENTI)

Recupero festività soppresse

Permesso Breve

Permesso Sindacale

Altro caso previsto dalla normativa vigente _____

il, _____
data

firma

Dichiarazione sostitutiva di certificazioni (art.3 comma 3 legge 15.5.97, n°127, art.1 D.P.R. n°403 del 20.10.98)
da compilare **SEMPRE** in caso di fruizione di **Permesso Retribuito e/o Ferie Docenti 6 giorni** (art.13 c.9 C.C.N.L.)

Il sottoscritto _____ nato a _____ (_____)

il _____ residente in _____ (_____) Via _____

dichiara:

di aver già usufruito di n. _____ giorni di permesso retribuito per motivi personali/familiari;

l'esigenza di fruizione di n° _____ giorno di permesso retribuito _____ dal _____ al _____

per il seguente motivo personale/familiare:

(luogo e data)

(firma dichiarante) _____