

Il/la sottoscritto/a _____

in servizio presso codesto Istituto in qualità di _____
(Docente/Assistente Amministrativo/Collaboratore Scolastico ecc.)

con contratto a tempo _____
(indeterminato/determinato)

CHIEDE

alla S. V. di assentarsi per gg. _____ dal _____ al _____ :

ferie a.s. precedente - a.s. corrente

festività soppresse

recupero

malattia: malattia visita specialistica - ricovero ospedaliero - day hospital

permesso orario per visite, terapie, prestazioni specialistiche (ai sensi dell'art. 51 del C.C.N.L. 2016/2018) orario dalle ore _____ alle ore _____ c/o _____

permesso giornaliero per visite, terapie, prestazioni specialistiche (ai sensi dell'art. 51 del C.C.N.L. 2016/2018) orario dalle ore _____ alle ore _____ c/o _____

permesso retribuito (ai sensi dell'art. 47 del C.C.N.L. 2016/2018)
 concorsi/esami - lutto - matrimonio

permesso retribuito motivi personali/familiari (ai sensi dell'art. 48 del C.C.N.L. 2016/2018)

permesso motivi personali/familiari orario dalle ore _____ alle ore _____ ATA

aspettativa per motivi di: famiglia - lavoro - personali - studio

Permesso giornaliero legge 104/92 - giorni già goduti nel mese: 1 - 2 - 3

Permesso orario legge 104/92 n° ore _____
(per docenti di scuola secondaria max. 9 mensili)
(per docenti di scuola primaria max. 14 mensili)
(per docenti di scuola infanzia max. 15 mensili)
(per personale ATA max. 18 mensili)

infortunio sul lavoro e malattia dovuta a causa di servizio)

altro caso previsto dalla normativa vigente: _____

permesso breve: per il giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____ per un totale di ore _____

Si allega dichiarazione sostitutiva ai sensi del D.P.R. n. 445/2000.

Calcinaia, _____

Il Dipendente

Vista la domanda,

si concede

non si concede

Il Dirigente Scolastico
Prof.ssa Elisabetta Iaccarino