

Protocollo:

ASSENZA DAL SERVIZIO

Al Dirigente Scolastico

IC LOZZO ATESTINO

Il/La sottoscritto/a _____
(cognome e nome) _____ (qualifica)

a tempo indeterminato/determinato in servizio presso questo Istituto nel corrente anno scolastico, in applicazione del C.C.N.L. 2006/09 e Decreto Legislativo n°151 del 26 marzo 2001,

chiede di poter usufruire **dal** _____ **al** _____ **totale gg.** _____

assenza per malattia (*) (art. 17 del CCNL e art. 71 del D.L. 112/2008)

comma 9 gravi patologie

esami/concorsi (art. 15 CCNL.).

permesso per studio 150 ore

lutto (art. 15 CCNL.).

motivi **personali/familiari** (art. 15 CCNL.):

dichiara di aver già usufruito di giorni _____ su 3.

motivi personali/familiari con utilizzo gg.6 ferie di cui art.13.

matrimonio (art. 15 CCNL.).

donazione sangue (Legge 4/5/90 n. 107).

attività di formazione ed aggiornamento (art.63 del CCNL.).

permesso per (**)

Legge n.104 del 5.9.1992 art.33.

funzioni presso uffici elettorali (DPR 30/3/57 n.361– L.29/1/92 n.69).

ricoprire cariche pubbliche (Legge 3/8/99 n.265).

funzione giudice popolare (Legge 10/4/51 n.287).

citazione testimoniale (art.348 del C.P.P.)

attività sindacale: _____

attività artistiche e sportive (D.L. 297 del 16/4/94.)

infortunio sul lavoro (art. 20 del CCNL.).

congedo parentale esami pre-natali (*) (art.14 D.L/vo 26/3/2001 n°151)

congedo maternità (*) gestazione/puerperio (art.16 o 20 D.L/vo 26/3/2001 n°151)

congedo parentale figlio/a _____ nato/a il _____ (art.12 CCNL.-art. 32 DL.n.151)
N.B. Si allega MOD. A-8 dichiarazione dell'altro genitore

congedo malattia figlio/a (*) _____ nato/a il _____ (art.47 D.L/vo n° 151)

interdizione per maternità (*) (art.17 D.L/vo 26/3/2001 n° 151)

aspettativa per famiglia/studio (art. 18 del CCNL.)

ferie (art. 13 del CCNL.)



Comunica, inoltre, che durante il periodo dell'assenza sarà reperibile al seguente indirizzo:

Data _____

(*) allegare certificazione medica

(firma del dipendente)

(**) allegare documentazione/autocertificazione giustificativa

RISERVATO ALLA SEGRETERIA

Il dipendente ha già fruito di complessivi mesi _____ giorni _____ di _____

nel mese di _____
(Legge 104/1992)

nel corrente anno scolastico
(permessi)

nel triennio
(malattia)

Allegati:

certificazione medica

documentazione/autocertificazione giustificativa

Il Dirigente Scolastico