

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

in servizio nella Scuola \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_  
con contratto a tempo \_\_\_\_\_

(indeterminato - determinato)

**CHIEDE**

alla S.V. di assentarsi per gg. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per:

**ferie** (ai sensi dell'art. 13 del C.C.N.L. 2006/2009)  a.s. precedente -  a.s. corrente

- Durante l'attività didattica la propria assenza sarà coperta, dai colleghi, nel seguente modo:

giorno \_\_\_\_\_ ora \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_ docente \_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_

giorno \_\_\_\_\_ ora \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_ docente \_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_

giorno \_\_\_\_\_ ora \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_ docente \_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_

giorno \_\_\_\_\_ ora \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_ docente \_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_

giorno \_\_\_\_\_ ora \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_ docente \_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_

giorno \_\_\_\_\_ ora \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_ docente \_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_

**festività soppresse** (previste dalla legge 23/12/1977, n° 937)

**malattia** (ai sensi dell'art. 17 del C.C.N.L. 2006/2009) -

**visita specialistica**  **ricovero ospedaliero**  **analisi cliniche**

**18 ore di permesso per l'espletamento di visite, terapie, prestazioni specialistiche o esami diagnostici** (art. 33 CCNL/2018). (solo personale ATA)

**permesso retribuito** (ai sensi dell'art. 15 del C.C.N.L. 2006/2009)  **diritto allo studio**

**concorsi**  **esami**  **motivi personali/familiari**  **lutto**  **matrimonio**  **donazione sangue**

**maternità**

**Visite e accertamenti prenatali** (art. 14 D.L. 151/2001)  **interdizione complicanze gestazione**

**astensione obbligatoria**  **astensione obbligatoria prolungamento gravidanza**  **puerperio**

**astensione facoltativa**  **permesso orario – allattamento**  **indennità fuori nomina**

**aspettativa per motivi di** (ai sensi dell'art. 18 del C.C.N.L. 2006/2009):

**famiglia** -  **personali** -  **lavoro** -  **studio**

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

**infortunio sul lavoro e malattia dovuta a causa di servizio** (art. 20 del C.C.N.L. 2006/2009)

**altro caso** previsto dalla normativa vigente: \_\_\_\_\_

**permesso breve:** per il giorno \_\_\_\_\_ dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ per un totale di ore \_\_\_\_\_

Durante il periodo di assenza il sottoscritto sarà domiciliato

in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

**SI ALLEGA** \_\_\_\_\_

**E' STATO INFORMATO, DELL'ASSENZA, IL RESPONSABILE DI PLESSO.**

Rosignano M.mo \_\_\_\_\_

FIRMA

Vista la domanda

**si concede**

**non si concede**

LA DIRIGENTE SCOLASTICA  
**Dott.ssa Valentina Barsacchi**