Istituto Comprensivo "Aldo Moro"

Data _____

Prot. n. _____ **tit.** _____

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo Statale "Aldo Moro" di Vallo della Lucania (SA)

Il/la sottoscritto/a ……
in servizio presso codesto Istituto in qualità di ……..
con contratto a tempo DETERMINATO /INDETERMINATO

C H I E D E

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

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

☐ riposo compensativo

☐ malattia *(ai sensi dell'art. 17 del C.C.N.L. 2006/2009)*
☐ day hospital - ☐ ricovero ospedaliero

☐ visita specialistica (A.T.A.) art. 33 CCNL 2016/18

☐ permesso retribuito *(ai sensi dell'art. 15 del C.C.N.L. 2006/2009):*
☐ concorsi/esami - ☐ lutto - ☐ matrimonio
☐ motivi personali/familiari
***specificare di seguito i motivi ed i giorni permessi familiari già goduti*: ☐ -0 ☐ -1 ☐-2**

_____

☐ 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: _____

☐ malattia del bambino, ai sensi dell'art. 47 comma 1 del D.Lgs. 151/2001 e art. 34 comma 4 del CCNL 2019/21

- SI ALLEGA/ALLEGHERA'……
- Per i certificati medici: Dichiaro di aver seguito la procedura prevista dalla normativa vigente dei certificati medici on line
- Eventuali ulteriori note:……..

Vallo della Lucania, ……

Con Osservanza

_____

Per le sole assenze soggette a concessione:

Si esprime parere

☐ FAVOREVOLE

☐ NON FAVOREVOLE

Il DIRETTORE S.G.A
Dott.ssa Lamanna Mariamaddalena

Visto

☐ SI CONCEDE

☐ NON SI CONCEDE

LA DIRIGENTE SCOLASTICA
Prof.ssa Elisabetta Manganiello