

Il sottoscritt _____ nato a _____ () il
____/____/____ in servizio presso codesto Istituto in qualità di _____, con contratto a
tempo determinato indeterminato,

CHIEDE / COMUNICA

giorn _____ (_____) dal _____ al _____

Assenza per malattia art. 17 con visita: fiscale ambul./domic. specialistica, ricovero/day hospital.

Ferie art. 19 (Docente, A.t.a. T.D.) anno scolastico 201____ / 201____

Ferie art. 13 (Docente, A.t.a. T.I.) anno scolastico 201____ / 201____

Recupero festività sopresse A.S. 200____ / 200____ (art. 14) ;

Permessi retribuiti art. 15 comma 1 (concorso – tutto);

Recupero prestazioni pomeridiane effettuate nei gg. _____ tot. ore _____

Permessi retribuiti motivi di familiari/personali (max 3 gg.) (art. 15 comma 2);

Permessi non retribuiti art. 19 – comma 7 (Pers. T.D.);

Esonero per partecipazione a corsi di aggiornamento e formazione;

Adempimento funzione di giudice popolare o testimone in processi civili o penali;

Permesso L.104/92; nome assistito _____

Congedi Parentali – D. L g s . n. 151/ 2001

Astensione obbligatoria gravidanza/puerperio Art.16 e 17 data parto _____

Astensione facoltativa art. 32 data parto _____

Congedo parentale art. 47 (malattia del bambino) data parto _____

Allega alla presente /dichiara _____

Durante il periodo sopraindicato è reperibile a _____

in piazza – via _____ N° _____ tel _____

Floridia, li _____

DSGA

Firma (dipendente)

Visto: _____

Il Dirigente Scolastico

si concede

NON si concede