

**ISTITUTO COMPRENSIVO CETRARO**

Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di I grado ad Indirizzo Musicale

Via Donato Faini - 87022 - CETRARO (CS) – ☎ e Fax (0982) 91081- 91294

C. F. 86001890788 - C. M. CSIC872004 - codice univoco ufficio UFV13L

e-mail: csic872004@istruzione.it- PEC: csic872004@pec.istruzione.itSito web: www.iccetraro.gov.it

Prot. n. ____ .VII/4

RISERVATO AGLI UFFICI DI SEGRETERIA

Cetraro, ____/____/202__

Al Dirigente scolastico - SEDE

Il/La sottoscritt _____
(cognome e nome)

in servizio presso l'Istituto Comprensivo di Cetraro in qualità di

 docente assistente amministrativo collaboratore scolastico Direttore SGA Scuola dell'Infanzia Scuola Primaria Scuola Secondaria di 1° gradocon contratto a tempo indeterminato a tempo determinato**CHIEDE**

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

<input type="checkbox"/> Ferie (ai sensi dell'art. 13 del C.C.N.L. 2006/2009) <input type="checkbox"/> anno scolastico precedente (solo ATA) <input type="checkbox"/> anno scolastico corrente	<input type="checkbox"/> Assenza per Malattia <input type="checkbox"/> Assenza per Malattia per: <input type="checkbox"/> visita specialistica <input type="checkbox"/> ricovero ospedaliero <input type="checkbox"/> analisi cliniche (ai sensi dell'art. 17 del CCNL 2006/2009)
<input type="checkbox"/> Ferie (max 6 giorni ai sensi dell'art. 15 c. 2 del CCNL 2006/2009) <input type="checkbox"/> anno scolastico corrente (solo docenti)	<input type="checkbox"/> Aspettativa per motivi di: <input type="checkbox"/> motivi di famiglia <input type="checkbox"/> lavoro <input type="checkbox"/> personali <input type="checkbox"/> studio (ai sensi dell'art. 18 del C.C.N.L. 2006/2009)
<input type="checkbox"/> Festività soppresse (ai sensi della legge 23/12/77, n. 937 e dell'art. 14 del C.C.N.L. 2006/2009)	<input type="checkbox"/> Infortunio sul lavoro e malattia dovuta a causa di servizio (ai sensi dell'art. 20 del CCNL 2006/2009)
<input type="checkbox"/> Permesso Retribuito (ai sensi dell'art. 15 del C.C.N.L. 2006/2009) <input type="checkbox"/> concorsi esami <input type="checkbox"/> lutto <input type="checkbox"/> motivi personali/familiari <input type="checkbox"/> matrimonio <input type="checkbox"/> studio e ricerca <input type="checkbox"/> studio <input type="checkbox"/> legge 5 febbraio 1992, n. 104 Altra motivazione: <input type="checkbox"/> donazione sangue <input type="checkbox"/> testimonianza in giudizio	<input type="checkbox"/> funzione di giudice popolare <input type="checkbox"/> Interdizione dal lavoro per gravi complicanze della gestazione <input type="checkbox"/> astensione obbligatoria per gravidanza <input type="checkbox"/> astensione obbligatoria per puerperio <input type="checkbox"/> congedo parentale (astensione facoltativa generale nei primi otto anni di vita del bambino) <input type="checkbox"/> malattia del bambino entro i primi tre anni di vita <input type="checkbox"/> malattia del bambino dal terzo all'ottavo anno di vita <input type="checkbox"/> recupero prestazioni lavorative eccedenti (solo ATA) <input type="checkbox"/> altro caso previsto dalla normativa vigente: _____
<input type="checkbox"/> SOLO PER IL PERSONALE ATA A TEMPO INDETERMINATO - permessi ORARI retribuiti per espletamento di visite, terapie, prestazioni specialistiche o esami diagnostici (art.33 CCNL/2018) - MAX 18 ORE - DALLE ORE _____ ALLE ORE _____	

Durante il periodo di assenza per malattia il/la sottoscritt__ sarà domiciliat__ in _____

via _____ n. _____ tel. _____

Allega: autocertificazione certificato medico altro _____

Data _____, _____

firma del dipendente si concede non si concede_____
firma del Dirigente scolastico