

I sottoscritt _____

in servizio presso codesto I.C. in qualità di _____

a Tempo Indeterminato

a Tempo Determinato

Plesso: _____ Orario servizio _____

COMUNICA

alla S.V. che sarà assente per gg. _____ dal _____ al _____ per:

Malattia (art.17 del C.C.N.L. 24 VII 2003)

Visita specialistica:

dichiara sotto la propria responsabilità di non poter effettuare la visita fuori dall'orario di lavoro.

Legge n.104/92. Dichiaro sotto la propria responsabilità:

il soggetto è ricoverato

il richiedente è referente unico

il richiedente è in alternativa con _____

(indicare il n. di giorni già usufruiti)

Infortunio sul lavoro e malattia dovuta a causa di servizio (art. 20 C.C.N.L.)

Interdizione anticipata dal lavoro per maternità

Astensione obbligatoria per maternità

Si allega: _____

CHIEDE

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

Aspettativa per motivi di famiglia / studio / lavoro / personali (art.18 C.C.N.L.)

Congedo parentale (art. 47 del D.L.vo n. 151/2001) malattia figlio:

dichiara che l'altro genitore non è in astensione per lo stesso motivo nei medesimi giorni.

Permessi retribuiti (art.15 C.C.N.L.):

Esami

Lutto

Matrimonio

Motivi personali/familiari - Specificare la motivazione: _____

Altro _____

Si allega: _____

Roma _____

Firma _____

=====

Vista la domanda: Si concede
 Non si concede
 Visto

Il DSGA
Paola Pietrolati

Il DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof.ssa Cristiana Sottile