

OGGETTO: RICHIESTA CONCESSIONE PERIODO DI ASSENZA

___/___/___ sottoscritt _____ in servizio presso codesto istituto

In qualità di DOCENTE ATA PLESSO
 indeterminato determinato _____

CHIEDE

La concessione di un periodo di assenza dal ___/___/___ al ___/___/___ per n° _____gg

Turno mattina Turno pomeriggio

Per il seguente motivo:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ferie Docenti | <input type="checkbox"/> Relative al corrente anno scolastico |
| <input type="checkbox"/> Ferie ATA | <input type="checkbox"/> Maturate e non godute nel precedente anno scolastico |
| <input type="checkbox"/> Permesso Retribuito per | <input type="checkbox"/> Partecipazione Esame/Concorso – Max 8 gg |
| | <input type="checkbox"/> Lutto (parenti fino al 2° grado o affini fino 1° grado)
3 gg anche non consecutivi |
| | <input type="checkbox"/> Motivi personali/familiari documentati
3 gg preventivamente autorizzati dal DS |
| | <input type="checkbox"/> Matrimonio – 15 gg |
| | <input type="checkbox"/> Mandato sindacale |
| | <input type="checkbox"/> Diritto allo studio “150 ore” per un totale di _____ ore |
| <input type="checkbox"/> Malattia o equiparate | <input type="checkbox"/> Malattia Certificato prot. N. _____ |
| | <input type="checkbox"/> Donazione sangue |
| | <input type="checkbox"/> Visita medica specialistica |
| | <input type="checkbox"/> Ricovero Day Hospital |
| | <input type="checkbox"/> Grave patologia |
| <input type="checkbox"/> Esonero per aggiornamento | |
| <input type="checkbox"/> Astensione facoltativa L. 1204 | <input type="checkbox"/> Figlio/a 1 – 8 anni (6 mesi) 1° mese al 100% e il restante al 30% |
| | <input type="checkbox"/> Malattia figlio/a 1- 3 anni (30 gg al 100% per i primi 3 anni vita bambino
1 – 8 anni malattia bambino ulteriori 5 gg senza retribuzione |
| <input type="checkbox"/> Astensione obbligatoria | <input type="checkbox"/> Gravidanza <input type="checkbox"/> Puerperio |
| <input type="checkbox"/> Permesso retribuito mensile per assistenza disabili – 3 gg mensili (L. 104/92, art. 33, comma 3) | |
| <input type="checkbox"/> ___/___/___ sottoscritt ___ allega _____ | |

In caso di visita specialistica o accertamenti diagnostici in orario di servizio (a norma della C.M. 301/96)

- Barrare la casella: Impossibilità di cambio turno
 Impossibilità di richiesta permesso breve
 Impossibilità di effettuare la visita nel periodo di sospensione dell’attività didattica

Il dipendente, salvo comprovato impedimento, è tenuto a recapitare, o spedire a mezzo raccomandata, la richiesta di concessione del periodo di assenza e il certificato medico di giustificazione dell’assenza, con indicazione della sola prognosi, entro i cinque giorni successivi all’inizio della malattia o alla prosecuzione della stessa, qualora tal termine scada in giorno festivo, esso è prorogato al primo giorno lavorativo successivo.

Data _____

Firma _____

N.B.: la richiesta di pagamento del ticket non è valida come giustificazione dell’assenza