

Prot. n. _____
Data _____

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

Del Liceo Classico
"Pilo Albertelli"

Il sottoscritt _____ In qualità di _____

In servizio presso codesto Istituto con contratto a Tempo determinato Indeterminato presso il plesso _____ chiede di poter usufruire di un periodo di assenza dal _____ al _____ per un totale di giorni _____ per il seguente motivo:

<input type="checkbox"/>	Permesso Retribuito (*) Personale con contratto a T.I.	<input type="checkbox"/>	Partecipazione concorso/esame (max 8 gg.)	gg.
		<input type="checkbox"/>	Motivi personali/familiari (max 3 gg.)	gg.
		<input type="checkbox"/>	Partecipazione ad attività di formazione e aggiornamento (max 5 gg.)	gg.
<input type="checkbox"/>	Permesso Retribuito (*) Personale contratto a T.I. e T.D.	<input type="checkbox"/>	Lutto familiare (art. 15 e 19 CCNL) (max 3 gg.)	gg.
		<input type="checkbox"/>	Matrimonio (max 15gg.)	gg.
		<input type="checkbox"/>	Donazione sangue	gg.
<input type="checkbox"/>	Permesso non retribuito (*) Personale contratto a T.D.	<input type="checkbox"/>	Concorsi ed esami (max 8 gg.)	gg.
		<input type="checkbox"/>	Motivi personali/familiari (max 6 gg.)	gg.
<input type="checkbox"/>	Permesso legge 104/92 art. 3 comma 3 (assistenza persona con handicap) Nominativo dell'assistito _____			gg.
<input type="checkbox"/>	Permesso legge 104/92 art. 3 commi 3-6 (per il lavoratore)			gg.
<input type="checkbox"/>	Ferie ex art. 13 e 19 CCNL 29/11/2007			gg.
<input type="checkbox"/>	Recupero compensativo			gg.
<input type="checkbox"/>	Festività previste dalla legge - art. 14 CCNL 29/11/2007, L. 937/77			gg.
<input type="checkbox"/>	Malattia**	Certificato n. _____		gg.
<input type="checkbox"/>	Gravi patologie ***			gg.
<input type="checkbox"/>	Ricovero ospedallero/day hospital/terapie			gg.
<input type="checkbox"/>	Visita specialistica			gg.
<input type="checkbox"/>	Altro caso previsto dalla normativa vigente*			gg.

 Durante i periodi di assenza per malattia sottoscritto sarà domiciliato in _____
Via/piazza _____ n° _____ tel. _____

A tale fine allega: _____

Roma, _____

Firma del Dipendente

(*) allegare documentazione giustificativa (**) Comunicare il numero di protocollo del certificato (***) allegare certificazione medica e ASL competente

ANNOTAZIONI
 SI CONCEDE
 NON SI CONCEDE

IL DIRETTORE S.G.A.
Dott.ssa Annalisa CIONGOLI

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof. Antonio VOLPE.

spazio riservato alla Segreteria

n. Registrato ad Avvisi in data _____