

**Al Dirigente Scolastico
I.C. "GIUSEPPE IMPASTATO"
Sede Via Gastinelli, 58 – Roma**

Oggetto: Assenze varie

Il/La sottoscritto/a _____

cognome

nome

docente a tempo determinato / indeterminato fino al _____

in servizio al plesso _____ Turno 1°g. (solo docenti sp.) _____

chiede che gli/le venga concesso un periodo di:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> ferie | | <input type="checkbox"/> relative al corrente A.S.
<input type="checkbox"/> maturate e non godute nel precedente A.S. |
| <input type="checkbox"/> festività sopresse previste dalla legge 23/12/1977, n° 937 | | |
| <input type="checkbox"/> recupero (solo per il personale ATA) | | |
| <input type="checkbox"/> permesso retribuito (intera giornata) per:
<i>Art. 15 CCNL</i> | | <input type="checkbox"/> partecipazione a concorso/esame (gg. 8 per a.s.)
<input type="checkbox"/> permessi per diritto allo studio (intera giornata)
<i>Indicare il numero di ore di servizio che si sarebbero dovute prestare nel periodo di permesso richiesto: n° _____</i>
<input type="checkbox"/> lutto familiare (gg. 3 per ogni evento luttuoso)
<input type="checkbox"/> motivi familiari/personali
<i>gg. 3 per a.s. con relativa motivazione e documentazione</i>
<input type="checkbox"/> ferie durante le attività didattiche
<i>gg. 6 per a.s. con relativa motivazione e prospetto di sostituzione</i>
<input type="checkbox"/> matrimonio (gg. 15 consecutivi) |
| <input type="checkbox"/> corsi di aggiornamento art. 64 CCNL | | <input type="checkbox"/> docenti (gg. 5 per ogni a.s.)
<input type="checkbox"/> personale ATA |
| <input type="checkbox"/> Malattia | | <input type="checkbox"/> certificato medico protocollo n. _____ |
| <input type="checkbox"/> ricovero ospedaliero / post ricovero ospedaliero | | |
| <input type="checkbox"/> day hospital | | |
| <input type="checkbox"/> grave patologia | | |
| <input type="checkbox"/> infortunio | | |
| <input type="checkbox"/> Legge 104/92 | | <input type="checkbox"/> personale
<input type="checkbox"/> per il familiare _____ |
| | | <i>Il sottoscritto dichiara che la documentazione è acquisita al proprio fascicolo personale</i> |
| <input type="checkbox"/> aspettativa per motivi di famiglia | | |
| <input type="checkbox"/> aspettativa per motivi di studio | | |
| <input type="checkbox"/> altro caso previsto dalla normativa vigente | | (specificare) _____ |

dal: _____ **al** _____ **gg** _____

Allega / Si riserva di allegare: _____

Motivazione permesso retribuito o ferie: _____

Roma, _____

FIRMA

Il D.S.G.A
A. PAOLI

Il Collaboratore di plesso

Il Dirigente Scolastico
Daniela MONACO