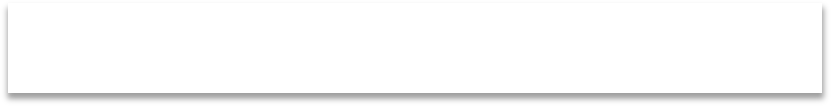
Al Dirigente Scolastico dell’Istituto Comprensivo Statale Fagnano Castello – Mongrassano

Via M. Montessori, 22/26 – Fagnano C.



**Oggetto: Richiesta di congedo/assenza personale docente e ATA**

l sottoscritta/o \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in servizio presso codesto

Istituto Comprensivo, in qualità di a tempo [ ]determinato [ ] indeterminato

**C H I E D E**

alla S.V. di assentarsi per GG.

dal

al per il seguente motivo:

[ ] **- Ferie** (ai sensi dell’art. 13 comma 9 del CCNL2006/09): [ ] a.s. precedente – [ ]a.s.corrente; [ ] - **Festività soppresse** (previste dalla legge 23/12/1977, n°937);

[ ] - **Recupero ore** prestate in eccedenza nel mese di ;

**[** ] **- Malattia** (ai sensi dell’art. 17 del CCNL2006/09): [ ] Visita specialistica – [ ] Ricovero ospedaliero –

[ ] Analisi cliniche – [ ] Day hospital – [ ] Gravi patologie (ai sensi dell’art. 17, comma 9, del C.C.N.L. 2006/09); [ ] - **Permesso Retribuito** (ai sensi dell’art. 15 del CCNL2006/09):

[ ] Concorsi/Esami – [ ] Motivi personali/familiari (\*) – [ ]Lutto – [ ] Matrimonio – [ ] Esami; [ ] **- Aspettativa** per motivi: (ai sensi dell’art. 18 del C.C.N.L. 2006/2009)

[ ] Famiglia – [ ] Lavoro – [ ] Personali – [ ] Studio;

[ ] **- Maternità :** [ ] Interdizione del lavoro per gravi complicanze della gestazione (\*\*) – [ ] Astensione obbligatoria (\*\*) [ ] Astensione facoltativa (Art.7co.1L.1204/71)( \*) - [ ] Astensione facoltativa (Art. 7 co 2 L. 1204/71) (\*\*);

[ ] **- Legge 104/92** - giorni già goduti nel mese [ ] 1 - [ ] 2 - [ ] 3;

[ ] - **Permesso Breve** per il giorno

dalle ore

alle ore ;

[ ] **- Mandato Amministrativo** ( art. 79 – D.L. 18.08.2000);

**Visto:**

**[ ] si concede**

**[ ] non si concede**

**IL DIRIGENTE SCOLASTICO**

**Prof.ssa Gabriella Ardia**

[ ] **- Congedo Parentale** (D.Lgs. n. 151/2001 e successive integrazioni); Figlio ; Malattia del bambino [ ] 1 - [ ] 2 - [ ] 3 ; giorni goduti nell’anno 20 / 20 ;

[ ] **- Altri permessi retribuiti** previsti da specifiche disposizioni di legge:

;

(\*) **Motivazione/ Allegare dichiarazione sostitutiva: ; (\*\*) Allegare certificazione medica.**

Il sottoscritto comunica, inoltre, che durante il periodo dell’assenza sarà reperibile al seguente indirizzo :

Via n**.** Città ( ) c.a.p.

Tel. Cell.

Si allega la prescritta documentazione di seguito indicata:

Fagnano Castello,\_\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ Con osservanza