



_____ | _____ sottoscritt _____ in servizio presso questo Istituto

in qualità di _____ a **TEMPO INDETERMINATO**

- **comunica** l'assenza dal _____ al _____ per giorni _____

ASSENZA PER MALATTIA (Limite: 18 mesi nel triennio anteriore ultimo periodo morboso)
 Nel caso in cui la richiesta di assenza sia dovuta alla necessità di effettuare visite specialistiche/esami o terapie, dichiaro che non è possibile ottenere l'appuntamento in altro momento utile non corrispondente al mio orario di servizio

ASSENZA PER TERAPIE (per gravi patologie art. 17 comma 9 del C.C.N.L. 23.07.2003)

- **chiede** la concessione:

dal _____ al _____ per giorni _____

dal _____ al _____ per giorni _____

di:

- PERMESSO RETRIBUITO PER MOTIVI PERSONALI O FAMILIARI (art. 15 comma 2 CCNL/2007 - 3 gg. a..sc.: con idonea documentazione o autocertificazione) #
- 6 GIORNI DI FERIE (durante le attività didattiche solo per personale Doc. con sostituzione da parte dei colleghi)
- 6 GIORNI DI FERIE (art. 13 comma 9 CCNL/2007 durante le attività didattiche con idonea documentazione o autocertificazione) #
- FERIE ANNO SCOLASTICO IN CORSO
- FERIE RESIDUE A.S. _____
- RIPOSO LEGGE 937/77 (Festività soppresse: 4 gg. ad anno scolastico)
- PERMESSO PER PARTECIPAZIONE ESAMI/CONCORSI (8 gg. anno sc. compreso il viaggio) #
- PARTECIPAZIONE CORSO AGGIORNAMENTO
- PERMESSO PER LUTTO (coniuge, parenti entro il II grado o affini di I grado 3 gg. consecutivi per evento)
- PERMESSO PER MATRIMONIO (15 gg. consecutivi)
- PERMESSO PER DONAZIONE SANGUE (giorno stesso della donazione) #
- PERMESSO PER TESTIMONIANZA IN GIUDIZIO (giorno stesso dell'evento) #
- PERMESSO RETRIBUITO PER DIRITTO ALLO STUDIO
- RECUPERO ORARIO
- ASPETTATIVA PER MOTIVI DI FAMIGLIA / STUDIO E RICERCA (1 anno continuativo o frazionata oppure 2 anni e 6 mesi in un quinquennio - senza assegni)*
- ASPETTATIVA PER MOTIVI DI STUDIO/RICERCA

Allega/Allegherà alla presente: _____

Cavallino-Treporti, _____

Firma _____

Su base di idonea documentazione

* Previa autorizzazione del Dirigente Scolastico

.....
Firma fiduciario di plesso per presa visione _____

VISTO: • Non si concede - • Si concede con il seguente trattamento economico:

• RETRIBUZIONE INTERA

• RETRIBUZIONE AL _____%

• SENZA ASSEGNI

Il Direttore S.G.A.
Angela Sorrentino

II DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof.ssa Giovanna Ridente