



Il / La sottoscritt _____

in servizio presso questo Istituto in qualità di _____ a **TEMPO DETERMINATO**

comunica l'assenza dal _____ al _____ per giorni _____

ASSENZA PER MALATTIA (retr. al 50% per supplenti temporanei nominati dal D.S.)

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 per motivi personali o familiari (6 giorni per a.s. non retribuiti)

ferie anno scolastico in corso (in proporzione al servizio prestato)

festività soppresse (in proporzione al servizio prestato)

permesso per studio/concorso/esami (8 gg. senza assegni)

permesso per partecipazione a corso di 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 (nei limiti della durata dell'incarico)

aspettativa per motivi di famiglia/di studio e ricerca (nei limiti della durata dell'incarico - senza assegni)

recupero orario

altro _____

note: _____

Allega/Allegnerà alla presente: _____

Cavallino Treporti (VE). _____

Firma _____

Su base di idonea documentazione

Firma del fiduciario di plesso per presa visione _____

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

RETRIBUZIONE INTERA

RETRIBUZIONE AL _____%

SENZA ASSEGNI

IL DSGA

Angela Sorrentino

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Prof.ssa Giovanna Ridente