

Il/La sottoscritto/a _____ in servizio presso questo Istituto nel corrente A.S. con incarico a tempo indeterminato/determinato con la qualifica di docente/ATA **CHIEDE** di poter usufruire per il periodo:

dal _____ al _____ di complessivi n.° _____ giorni/ore 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	previste dalla legge 23 dic. 1977, n° 937	
<input type="checkbox"/> Permesso Retrib/Non retrib	per (*): <input type="checkbox"/> lutto familiare <input type="checkbox"/> concorso/esame <input type="checkbox"/> matrimonio <input type="checkbox"/> motivi personali/fam.	
<input type="checkbox"/> Permesso Breve	(dalle ore _____ alle ore _____ per n. ore _____ su ore servizio _____)	
<input type="checkbox"/> Interdizione anticipata		
<input type="checkbox"/> Congedo parentale	nei primi 8 anni di vita del bambino (allegare dichiarazione INPS da ritirare in segreteria)	
<input type="checkbox"/> Congedo per malattia del figlio:	<input type="checkbox"/> Fino a 3 anni	<input type="checkbox"/> da 3 a 8 anni (allegare dichiarazione altro coniuge)
<input type="checkbox"/> Malattia (**)		
<input type="checkbox"/> Aspettativa	per motivi di famiglia/studio (*)	
<input type="checkbox"/> Altri Casi	previsti dalla normativa vigente (*) _____	
<input type="checkbox"/> Recupero straordinario già effettuato	per n° _____ ore (solo per personale ATA)	
<input type="checkbox"/> Permesso 150 Ore (diritto allo studio)	per n° ore _____	

(*) allegare documentazione giustificativa o autocertificare (**) allegare documentazione medica

il sottoscritto/a dichiara che nel predetto periodo sarà reperibile al seguente indirizzo:

Inoltre dichiara che l' assenza è imputabile ad un terzo responsabile [] SI NO []

Villa Raverio, _____ In fede _____
(Firma dell'interessato)

RISERVATO ALLA SEGRETERIA	
Il dipendente ha già fruito di complessivi n. _____ giorni/ore di _____ di cui in attività didattica _____ nel corso:	
<input type="checkbox"/> del corrente A.S.	<input type="checkbox"/> del corrente Anno solare
<input type="checkbox"/> del precedente A.S.	<input type="checkbox"/> del triennio
<input type="checkbox"/> del quinquennio	
DOCUMENTAZIONE ALLEGATA: <input type="checkbox"/> AUTODICHIARAZIONE	<input type="checkbox"/> CERTIFICATO MEDICO
EVENTO MALATTIA	ENTE CHE HA RILASCIATO IL CERTIF. MEDICO
<input type="checkbox"/> 1-2 <input type="checkbox"/> 3-oltre	<input type="checkbox"/> PUBBLICO <input type="checkbox"/> PRIVATO <input type="checkbox"/> CONVENZIONATO
(L'Ass. Amm.vo addetto al controllo)	
ANNOTAZIONI DEL DIRETTORE SGA	

PARERE: <input type="checkbox"/> FAVOREVOLE <input type="checkbox"/> NON FAVOREVOLE	Il Direttore SGA _____

ANNOTAZIONI DEL CAPO DI ISTITUTO	

PARERE: <input type="checkbox"/> FAVOREVOLE <input type="checkbox"/> NON FAVOREVOLE	Il Dirigente Scolastico _____



SOSTITUZIONE PER RICHIESTA FERIE (PER PERSONALE DOCENTE E ATA)

ORA	NOMINATIVO SOSTITUTO	FIRMA SOSTITUTO PER ACCETTAZIONE
1		
2		
3		
4		
5		
6		

MOTIVAZIONI RICHIESTA PERMESSI RETRIBUITI/NON RETRIBUITI E BREVI (PER TUTTO IL PERSONALE)

RECUPERO EFFETTUATO IN DATA ____/____/____

RECUPERO EFFETTUATO IN DATA ____/____/____

Villa Raverio, _____

In fede

(Firma dell'interessato)

