

MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITÀ E DELLA RICERCA
ISTITUTO COMPRENSIVO POLLICA "G. PATRONI"

Scuole dell'Infanzia, Scuole Primaria e Scuole Secondarie di Primo Grado
dei Comuni di: Pollica – S. Mauro – Montecorice
Via Lombardi, 52 – 84068 Pollica (SA)

| | | |
|----------------------------------|-----------------------------------|------------------|
| Tel. e Fax 0974/901466 | C.F. 93030180652 | C.I.: SAIC8BQ007 |
| E-MAIL: SAIC8BQ007@ISTRUZIONE.IT | PEC: SAIC8BQ007@PEC.ISTRUZIONE.IT | |

Al Dirigente Scolastico I.C. "G. PATRONI"
di Pollica (SA)

Il/la sottoscritto/a _____, in servizio presso questo Istituto nel
(Cognome e Nome)

corrente a.s. con contratto a tempo _____ in qualità di _____
(Indeterminato/Determinato) (DSGA – docente – ass. am/v – coll. Scol/co)

CHIEDE

un permesso breve per il giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____

ovvero

che gli/le venga concesso un periodo di:

| | | | |
|----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| tipologia dell'assenza | <input type="checkbox"/> ferie (art. 13 CCNL 06/099) | <input type="checkbox"/> relative al corrente a.s. <input type="checkbox"/> non godute nel precedente a.s. | <input type="checkbox"/> festività soppresse (legge 23 dicembre 1977, n. 937) (art. 14 CCNL 27/11/2007) |
| | <input type="checkbox"/> permesso retribuito per ⁽²⁾ (art. 15 CCNL 27/11/2007) | <input type="checkbox"/> partecipazione a concorso/esame (comma 1 - gg. 8 per a.s.) <input type="checkbox"/> lutto familiare (comma 1 - gg. 3 per evento) <input type="checkbox"/> motivi familiari/personali (comma 2 - gg. 3 per a.s.) <input type="checkbox"/> ferie durante l'attività didattica (comma 2 - gg. 6 per a.s.) <input type="checkbox"/> matrimonio (comma 3 - gg. 15 consecutivi) <input type="checkbox"/> altro caso previsto dalla normativa vigente (comma 7) specificare _____ | |
| | <input type="checkbox"/> interdizione per gravi complicanze gestazione ^{(1) (4)} | <input type="checkbox"/> congedo parentale (D.Lgs. 151 26 marzo 2001, art. 32) ⁽²⁾ | |
| | <input type="checkbox"/> astensione obbligatoria (Legge 8 marzo 2000, n. 53) ⁽¹⁾ | <input type="checkbox"/> congedo parentale (D.Lgs. 151 26 marzo 2001, art. 47) ⁽¹⁾ | |
| | <input type="checkbox"/> assenza per malattia (art. 17 CCNL 27/11/2007) ^{(1) (3)} | <input type="checkbox"/> aspettativa per motivi di famiglia/studio (art. 18 CCNL/2003) | |
| | <input type="checkbox"/> riposo compensativo per recupero attività svolta oltre l'orario d'obbligo dal _____ al _____ | | |
| dal _____ al _____ per n. _____ giorni | | dal _____ al _____ per n. _____ giorni | |
| dal _____ al _____ per n. _____ giorni | | dal _____ al _____ per n. _____ giorni | |

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

(località, indirizzo, telefono, ecc...)

(luogo)

(data)

(firma del dipendente)

⁽¹⁾ allegare certificazione medica - ⁽²⁾ allegare documentazione giustificativa

⁽³⁾ in caso di visita specialistica, allegare documentazione che dimostri l'impossibilità di effettuazione al di fuori dell'orario di servizio, rilasciata dalla struttura sanitaria che eroga la prestazione o anche una dichiarazione rilasciata dallo stesso medico di fiducia (giusta C.M. n. 301 del 27/06/1996)

⁽⁴⁾ allegare alla domanda di interdizione art. 17 D.Lvo 151/2001: copia del certificato medico di gravidanza; copia del certificato medico attestante le gravi complicanze della gestazione e il periodo di astensione dal lavoro; copia dell'istanza prodotta all'Ispettorato del Lavoro; copia della ricevuta di tale istanza, rilasciata dall'Ispettorato del Lavoro, con riserva di esibire, non appena possibile, il relativo provvedimento dell'Ispettorato medesimo.

certificazione medica o documentazione giustificativa allegata: _____

| | |
|----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| VISTA | l'istanza di cui sopra e la documentazione allegata, |
| <input type="checkbox"/> si concede | |
| <input type="checkbox"/> non si concede per i seguenti motivi: | |

(Solo per il personale ATA)

Visto: Il Direttore SGA
dott. Stefano IPPOLITO

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
dott.ssa Luisa SICIGNANO