

**OGGETTO: Richiesta di congedo dal lavoro.**

1 sottoscritt \_\_\_\_\_ in servizio presso questo Istituto

con la qualifica di Docente T. D. ☐ T.I. ☐

Classe di concorso

Materia di insegnamento

con la qualifica ATA T. D. - T. I; AA ; AT CS

**C H I E D E**

di potersi assentare per giorni \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
per il seguente motivo:

☐ **ASSENZA PER MALATTIA** (ai sensi dell'art. 17 del C.C.N.L. 2006/2009 )

☐ visita specialistica ; ☐ accertamento diagnostico ; ☐ ricovero ospedaliero ; ☐ day hospital ☐ grave patologia

Il sottoscritto dichiara che non è possibile effettuare la prestazione specialistica o l'accertamento diagnostico al di fuori dell'orario di servizio per il seguente motivo: \_\_\_\_\_

☐ **PERMESSO RETRIBUITO** ( ai sensi dell'art. 15 del C.C.N.L. 2006/2009)

☐ Motivi personali o familiari ☐ Lutto ☐ Matrimonio ☐ Partecipazione a concorso o esame

**RECUPERO** (solo per il personale ATA)

☐ **FERIE** (ai sensi dell'art. 13 CCNL 2006-2009) ☐ A.S. 2019/20 ; ☐ A.S. 2020/21

Anno precedente

Anno Corrente

ORARIO DI SERVIZIO

CLASSE

DOCENTE SOSTITUITO

1^ ora    ri    2^ ora    ri    3^ ora  
4^ ora    ri    5^ ora    ri    6^ ora

prof. \_\_\_\_\_  
prof. \_\_\_\_\_

☐ **FESTIVITA' SOPPRESSE** (previste dalla legge 23/12/1977, n. 937)

☐ **ASPETTATIVA PER MOTIVO DI FAMIGLIA O DI STUDIO** (Senza retribuzione)

☐ **MANDATO AMMINISTRATIVO** (ai sensi dell'art. 15 del D.L.vo 2667/2000)

lavori di Giunta - seduta Consiglio Comunale - permessi forfettari (24 ore mensili) ore già fruiti nel mese \_\_\_\_\_

☐ **ALTRI MOTIVI** (specificare) \_\_\_\_\_

Durante il periodo di assenza sarà domiciliato in: Via \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

Allega: \_\_\_\_\_

I sottoscritt, ai sensi del Decreto Legislativo n. 196 del 30.06.2003, autorizza l'Amministrazione Scolastica ad utilizzare i dati personali dichiarati solo per fini istituzionali e necessari per la gestione giuridica ed economica del rapporto di lavoro.

Potenza, \_\_\_\_\_

Firma

RISERVATO AL DIRETTORE S.G.A. (solo per il Personale ATA)

Visto: esprime parere • favorevole • non favorevole

Data

IL DIRETTORE S.G.A.

Giovanna Matone

PPV RESPONSABILE DI SEDE .....

RISERVATO AL DIRIGENTE

Visto: • si concede

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ gg. \_\_\_\_\_

• non si concede

Data

IL DIRIGENTE SCOLASTICO.

Prof.ssa Alessandra NAPOLI