

Alla Dirigente Scolastica  
della Scuola Secondaria di 1° Grado "G. CARDUCCI"  
BARI

**OGGETTO: Richiesta/comunicazione assenza.**

\_ l \_ sottoscritt \_ \_\_\_\_\_, in servizio presso questa istituzione scolastica, nel corrente anno scolastico, in qualità di \_\_\_\_\_ a tempo determinato,

CHIEDE/COMUNICA

la fruizione

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_; dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_; dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_; dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_; dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_; dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_; di complessivi n. \_\_\_\_\_ giorni di:

<input type="checkbox"/> Permesso retribuito per	<input type="checkbox"/> Lutto familiare* (gg. 3 per evento, anche non consecutivi, comunque entro e non oltre i 7 gg. dal verificarsi dall'evento) <input type="checkbox"/> Matrimonio* (gg. 15 consecutivi)
<input type="checkbox"/> Permesso non retribuito per	<input type="checkbox"/> Partecipazione concorso/esame* (gg. 8 ad anno scolastico, compreso viaggio) <input type="checkbox"/> Motivi personali o familiari* (gg. 6 complessivi). Specificare con chiarezza detti motivi di seguito: _____ _____ _____
<input type="checkbox"/> Ferie relative al corrente a. s. _____ <input type="checkbox"/> Festività soppresse	
<input type="checkbox"/> Riposo per donazione sangue effettuata in data _____	
<input type="checkbox"/> Permesso retribuito per eventi e cause particolari di cui all'art. 4 della L. n. 53/00 e s.m.i. (gg. 3 ad anno scolastico)*	
<input type="checkbox"/> Congedo parentale fino a 12 anni di età del bambino (ex astensione facoltativa generale) ***	
<input type="checkbox"/> Congedo parentale per malattia del bambino di età fino a 3 anni**	
<input type="checkbox"/> Congedo parentale per malattia del bambino da tre a otto anni**	
<input type="checkbox"/> Permesso su base sia giornaliera che oraria di n. 18 ore complessive (art. 33 CCNL Comparto Istruzione e Ricerca 2016 - 2018)*	<input type="checkbox"/> Visita <input type="checkbox"/> Terapia <input type="checkbox"/> Prestazione specialistica <input type="checkbox"/> Esame diagnostico Modalità di fruizione: <input type="checkbox"/> N. _____ ore dalle ore _____ alle ore _____ <input type="checkbox"/> Intera giornata lavorativa (l'incidenza sul monte ore a disposizione viene computata con riferimento all'orario di lavoro da osservare nella giornata di assenza)
<input type="checkbox"/> Malattia ( <input type="checkbox"/> visita/prestazione specialistica <input type="checkbox"/> accertamento diagnostico <input type="checkbox"/> ricovero <input type="checkbox"/> day hospital/surgery)	
<input type="checkbox"/> Malattia per gravi patologie**	
<input type="checkbox"/> Partecipazione ad attività di formazione di cui all'art. 64 del vigente CCNL Scuola organizzata dal seguente soggetto qualificato/accreditato di cui all'art. 66 del vigente CCNL Scuola*: _____	
<input type="checkbox"/> Permesso retribuito L. 104/92 di 3 giorni o per n. 18 ore complessive mensili (art. 33, commi 1, 2 e 3, CCNL Comparto Istruzione e Ricerca 2016 - 2018)	<input type="checkbox"/> Personale <input type="checkbox"/> Per assistenza a familiare (l'assistito/a non deve trovarsi in situazione di ricovero temporaneo o permanente in struttura pubblica o privata) art. 32 CCNL 2018. Modalità di fruizione: <input type="checkbox"/> N. _____ ore dalle ore _____ alle ore _____ <input type="checkbox"/> Intera giornata lavorativa
<input type="checkbox"/> Altro caso previsto dalla normativa vigente _____	

Bari, \_\_\_\_\_

(data)

(firma)

\*allegare documentazione giustificativa

CONCEDE

\*\*allegare certificazione medica e dichiarazione del coniuge

NON CONCEDE

\*\*\*allegare dichiarazione dei giorni già fruiti e dichiarazione del coniuge

VISTO

Il DSGA  
Grazia SCARAGGI

LA DIRIGENTE SCOLASTICA  
Teresa MONDELLI