

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 indeterminato,

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"/> Permessi retribuiti	<input type="checkbox"/> Partecipazione concorso/esame* (gg. 8 ad anno scolastico, compreso viaggio)
	<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"/> Motivi personali o familiari* (gg. 3 complessivi). Specificare con chiarezza detti motivi di seguito: _____ _____
<input type="checkbox"/> Ferie per motivi personali o familiari (gg. 6 complessivi per il Personale Docente). Specificare con chiarezza detti motivi di seguito: _____ _____	
<input type="checkbox"/> Ferie maturate e non godute a. s. _____ <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"/> Permessi retribuiti 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"/> 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"/> Permessi retribuiti L. 104/92 <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)	
<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

LA DIRIGENTE SCOLASTICA
Teresa MONDELLI