

RISERVATO ALL'UFFICIO

PROTOCOLLO N.

DEL

Al Dirigente Scolastico
del'I.C. 2 MASSAIA
Corso Umberto I°, 70
80046 SAN GIORGIO A CR.

OGGETTO: RICHIESTA DI FERIE, MALATTIA, GIORNATE DI RIPOSO E DI PERMESSO RETRIBUITO PER PARTICOLARI MOTIVI PERSONALI E/O FAMILIARI.

Il/la sottoscritto/a

- | | |
|--|---|
| ☐ Direttore Amministrativo | ☐ Docente di |
| ☐ Assistente Amministrativo | ☐ Collaboratore Scolastico |

assunto con contratto

- | | |
|--|--|
| ☐ A tempo indeterminato (Ruolo) | ☐ A tempo determinato |
|--|--|

chiede di assentarsi per giorni	dal giorno	al giorno
	dal giorno	al giorno

per il seguente motivo:

FERIE

- ☐ Art. 17 CCNL 29/11/2007 (30gg nei primi 3 anni di lavoro – 32 gg dal 4 anno)
- ☐ Residuo anno precedente – (solo per il Personale Dirigente ed A.T.A.)
- ☐ Art. 13 comma 9 – senza onere per l'amministrazione (solo per il Personale Docente max gg. 06);

FESTIVITA' SOPPRESSE

- ☐ Legge n. 937 del 23.12.77 – "Festività sopprese" (max gg. 04) art. 14 CCNL 29/11/2007;

PERMESSI RETRIBUITI

- ☐ Partecipazione a concorsi od esami (max 08 gg.) art.15 CCNL 29/11/2007;
- ☐ Lutto (max 03 gg. anche non consecutivi);
- ☐ Matrimonio (max 15 gg.) ART. 15 comma 3 CCNL 29/11/2007;
- ☐ Per documentati motivi personali e familiari (max 03 gg.);
- ☐ Legge n. 104/1992 – Assistenza, integrazione e diritti delle persone handicappate;
- ☐ Diritto allo studio – 150h – art.3DPR 395/88, art.62 c. 10 CCNL 29/11/2007;
- ☐ Altro (specificare).

MALATTIA;

- ☐ Malattia;
- ☐ Visita specialistica;
- ☐ Ricovero ospedaliero e Day Hospital;
- ☐ Infortunio sul lavoro;
- ☐ Malattia dovuta a causa di servizio;
- ☐ Gravi patologie;

A tal fine allega alla presente:

☐	n. certificato rilasciato da medico convenzionato con il SSN;
☐	certificazione rilasciata da struttura sanitaria pubblica;
☐	certificazione medica specialistica (ove prevista);

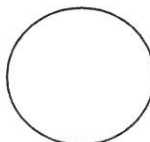
San Giorgio a Cr.

firma

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

VISTA la richiesta prodotta, l'allegata documentazione, gli atti d'ufficio e la normativa vigente in materia:

- ☐ **CONCEDE**
- ☐ **NON CONCEDE** il periodo richiesto.



Ove richiesto

VISTO del Collaboratore del DS per le sostituzioni

.....