ATA

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL' ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "PASCOLI"
BENEVENTO

Il/la sottoscritto/a____

In servizio presso questo Istituto in qualità di ___________________________________

Con contratto a tempo indeterminato/determinato

CHIEDE

Alla S.V. di assentarsi per gg. _____dal _______________al _______________ per:

- ☐ **Ferie** *(ai sensi dell'art. 13 del C.C.N.L 2006/2009)* ☐ **Ferie A. S. precedente**
- ☐ **Festività soppresse** *(ai sensi dell'art. 13 del C.C.N.L 2006/2009)*
- ☐ **Malattia** retribuita - *Grave patologia*
  - *Malattia del bambino (ai sensi del C.C.N.L. art. 12/05, comma 5)*
  - *Ricovero ospedaliero – day hospital -*
  - *Terapie, prestazioni specialistiche od esami diagnostici, analisi cliniche (ai sensi dell'art. 33 del CCNL 2016/2018)*
  - *Permesso retribuito per i donatori di sangue e di midollo osseo (ai sensi dell'art. 32 del CCNL 2016/18)*
- ☐ **Permessi retribuiti per motivi personali o familiari** (18 ore) - (ai sensi dell'art. 31 CCNL 2016/18)
- ☐ ***Permesso*** *retribuito (ai sensi dell'art. 15 CCNL 2006/2009)*
  - *Matrimonio (15 gg.)*
  - *Lutto (3 gg.)* - *Concorsi/esami (8 gg.)*
  - *Obblighi legali/civili*
- ☐ **Corso di aggiornamento** *(ai sensi dell'art.64 del C.C.N.L. 2006/2009)*
- ☐ **Aspettativa/ non retribuita** (ai sensi dell'art.18del C.C.N.L.2006/2009) **per motivi di:**
  - Famiglia - Lavoro - Personali - Studio
- ☐ **Permesso per donazione di sangue**
- ☐ **Gravidanza e puerperio** *(ai sensi dell'art. 12 del C.C.N.L. 2006/2009)*
- ☐ **Legge 104/92** *(art. 32 CCNL 2016/18)* – giorni già usufruiti 1 – 2 - 3
  - Accompagnatore
  - Portatore di H
- ☐ **Infortunio sul lavoro e/o malattia dovuta a causa di servizio** *(ai sensi dell'art. 20 del C.C.N.L.2006/09)*
- ☐ **Permesso breve** il giorno____________ dalle ore_________alle ore _________
  (ai sensi dell'art. 16 del C.C.N.L. 2006/2009)
- ☐ **Recupero _________________**

Durante il periodo di assenza il sottoscritto sarà domiciliato in ___________________________________
Via __________________________n. ____ tel.________________________

Allega l'eventuale relativa certificazione,attestante la necessità della richiesta medesima ovvero si impegna a presentare entro 5 giorni.
E' consapevole che nel caso la documentazione mancasse, l'assenza verrà considerata ingiustificata e comporterà la riduzione della retribuzione mensile in proporzione ai giorni di assenza.

Benevento lì ________________ Con osservanza

____

^^

Vista la domanda

- ☐ Si concede
- ☐ Non si concede

IL Dirigente Scolastico
Prof.ssa Rosetta Passariello

Il DSGA
Rita Maria Dell'Oste