

Il/La sottoscritto/a _____ in servizio in qualità
di _____ presso questo Istituto (plesso _____)

CHIEDE

giorni dal _____ al _____ per i seguenti motivi:

- ASSENZA PER MALATTIA** (certificato on line trasmesso direttamente dal medico curante)
- ASSENZA per gravi patologie**
- ASSENZA per visita specialistica**
- FERIE**
 - Ferie Anno Scolastico Precedente**
- RECUPERO**

PERMESSO RETRIBUITO:

- permesso per motivi personali/familiari (max 3 gg. Si allega certificazione o autocertificazione) –giornaliero
- permesso per motivi personali/familiari (max 3 gg. Si allega certificazione o autocertificazione) – orario

- permesso partecipazione concorsi/esami (max 8 gg.compreso viaggio)
- permesso partecipazione corsi aggiornamento (max 5 gg.)
- permesso per lutto (max 3 gg.perdita del coniuge e parenti di 2° grado e affini di I°)
- permesso per matrimonio (max 15 gg. si allega certificato o autocertificazione)
- permesso per donazione sangue (si allega certificato)
- permesso ORARIO per espletamento di visite, terapie, prestazioni specialistiche, esami Diagnostici (Art. 33 CCNL 2018 – per il personale A.T.A)
- altro caso previsto dalla normativa vigente (specificare) _____

- ASPETTATIVA per motivi di famiglia, studio, ricerca** (senza retribuzione)

- ASTENSIONE OBBLIGATORIA PER MATERNITA'** (5 mesi)

Foligno, _____

FIRMA

VISTO : SI AUTORIZZA

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof.ssa Giuseppa Zuccarini