RISERVATA ALL’UFFICIO

Giorni Fruiti \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma Incaricato \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

ISTITUTO COMPRENSIVO “A. MOSCATI”

Pontecagnano Faiano (SA)

Il/la sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**in servizio presso codesto Istituto** in qualità di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con contratto a Tempo Determinato/Indeterminato

**Comunica / Chiede**

alla S.V. di assentarsi per gg.\_\_\_\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per:

**ferie** a.s. precedente - a.s. corrente

**festività soppresse**

**permesso breve**: per il giorno \_\_\_\_\_\_ dalle ore \_\_\_ alle ore \_\_\_ per un totale di ore \_\_\_\_\_

**recupero**

**malattia** (certificazione medica)

 [ ] visita specialistica - [ ]ricovero ospedaliero - [ ]analisi cliniche

**permesso retribuito** **permesso non retribuito** *(da allegare dichiarazione personale)*

 [ ] concorsi/esami – [ ] motivi personali/familiari – [ ] lutto – [ ] matrimonio

**legge 104/92** - giorni già fruiti nel mese: 1 - 2 - 3

**aspettativa** per motivi di:

 [ ] famiglia - [ ] lavoro - [ ]personali - [ ]studio

**infortunio** sul lavoro

**altro caso** previsto dalla normativa vigente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**tutela della maternità, paternità, infanzia** (*D.L.vo n. 151/2001 - C.C.N.L. 2006/2009):*

[ ] Controlli pre-natali *(art. 14 D.L.vo n. 151/2001)*

[ ] Interdizione dal lavoro per gravi complicanze della gestazione *(art. 17 D.L.vo n. 151/2001)*

[ ] Congedo per maternità (ex astensione obbligatoria) *(art. 16 D.L.vo n. 151/2001)*

[ ] Ante partum - data presunta del parto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[ ] Post partum - data effettiva del parto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[ ] Congedo paternità *(artt. 27bis - 31 D.L.vo n. 151/2001) -* data parto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[ ] Congedi parentali *(art. 32 D.L.vo n. 151/2001) data nascita figlio\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

[ ] Congedi per malattia del figlio *(art. 47 D.L.vo n. 151/2001) data nascita figlio\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

SI ALLEGA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Durante il periodo di assenza il sottoscritto sarà domiciliato in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ li,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Visto

*si esprime parere favorevole* *si autorizza*

*si esprime parere non favorevole*

*non si autorizza*

 IL RESPONSABILE

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 IL DIRIGENTE SCOLASTICO

 *Dott.ssa Raffaela Luciano*