Fonogramma del ___________ore________

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
11° IST. COMPRENSIVO
Via CHIETI, 3 PADOVA

Il/la sottoscritto/a____________________________

in servizio presso codesto Istituto in qualità di ☐ **Docente:** ☐ infanzia ☐Primaria ☐secondaria

☐ **A.T.A.** : ☐ Ass. amm. ☐ Coll. scol

con contratto a tempo _________________________________
(indeterminato/determinato)

Visto il C.C.N.L. vigente; **C H I E D E**

alla S.V. di assentarsi per gg.________ dal ___________al _________________ per:

ferie *(ai sensi dell'art. 13 e 15 co. 2°, 19 co. 2°, ccnl 06/09)* a.s. precedente - a.s. corrente

festività soppresse (*art.14 ccnl 06/09; 23/12/1977, n° 937)*

malattia *(ai sensi dell'art. 17 del C.C.N.L. 2006/2009)*
visita specialistica - ricovero ospedaliero - analisi cliniche
Grave patologia *(art. 17, co 9, del C.C.N.L. 06/09)* : **solo assenze come conseguenza di terapie invalidanti, (postumi delle cure stesse),** che comportino A)ricovero B)day hospital C) assenze certificate

permesso giornaliero da documentare con atto notorio (***per il personale a t.d è non retribuito*.,** *art. 15 del C.C.N.L. 06/09)*
concorsi/esami *(max 8 gg*) motivi personali/familiari *(max 3 gg)* lutto (*3 gg per evento parenti entro il 2°grado ed affini entro il 1° grado)* eventi particolari (3 gg ad a.s., per grave *infermità del coniuge/convivente o parenti entro il 2° grado, componente famiglia anagrafica, ex art. 2, co 1 lett.d) D.M. 278/2000, usufruibili entro 7 gg dall'accertamento della grave infermità)*
matrimonio *(15gg consecutivi usufruibili da 7gg prima a 2 mesi dopo la data del matrimonio)*

aspettativa non retribuita per motivi di: *(ai sensi dell'art. 18 del C.C.N.L. 2006/2009)*
famiglia - lavoro - personali - studio

legge 104/92 ai sensi dell' 3 co 3° (*3 gg al mese*) - giorni già goduti nel mese: 1 - 2 - 3

infortunio sul lavoro e malattia dovuta a causa di servizio *(ai sensi dell'art. 20 del C.C.N.L. 2006/09)*

altro caso previsto dalla normativa vigente: ______________________________________

Durante il periodo di assenza il sottoscritto sarà domiciliato in _________________________
via _________________________n°__________ tel. ______________________________

- SI ALLEGA ____

PADOVA,__________

Con Osservanza

____

^^

Vista la domanda,
si concede
non si concede

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Dott. Enrica Bojan