

-l- sottoscritt _____

nat_ a _____ il _____ Residente a _____

_____ Via _____ In servizio in qualità di Assistente

Amministrativo/Collaboratore Scolastico

con contratto di lavoro a tempo Indeterminato/Determinato presso codesto Istituto

C h i e d e

di assentarsi dal servizio dal ___/___/___/ al ___/___/___
per il seguente motivo:

MALATTIA

come da certificato medico.

Durante tale periodo, dimorando in luogo diverso da quello di residenza e/o domicilio dichiarato a suo tempo all'Amministrazione, fa presente che potrà essere reperito presso il seguente indirizzo:

Via _____ n. _____

Località _____ presso _____

PERMESSI RETRIBUITI Art. 31 C.C.N.L. 2018

- particolari motivi personali/familiari, già esposti al Dirigente Scolastico, che verranno debitamente documentati;
- partecipazione concorso _____
- sostenere esame _____
- lutto (perdita di _____)
- matrimonio (fino a gg.15)
- AVIS
- permesso per l'espletamento di visite, terapie, prestazioni specialistiche, esami diagnostici
Art. 33 C.C.N.L. 2018
- altro: _____

Invierà documentazione.

PERMESSI NON RETRIBUITI (solo per dipendenti a tempo determinato) Art.19 C.C.N.L. 24/07/2003

- particolari motivi personali/familiari, già esposti al Dirigente Scolastico, che verranno debitamente documentati;
- partecipazione concorso _____
- sostenere esame _____

Inviere documentazione.

F E R I E (solo per dipendenti a tempo indeterminato) Art.15 C.C.N.L. 24/07/2003

Inviere documentazione.

DECRETO LEGISLATIVO N. 151 DEL 26/3/2001

- GRAVI COMPLICANZE DELLA GESTAZIONE
- ASTENSIONE OBBLIGATORIA

Inviere documentazione.

ASPETTATIVA PER MOTIVI DI FAMIGLIA E DI STUDIO/RICERCA (solo per dipendenti T.I.)

- FAMIGLIA
- STUDIO E RICERCA

già autorizzata verbalmente dal Dirigente Scolastico; farà seguire documentazione.

_____ , _____

Firma

Si autorizza () /non si autorizza ()
Il Dirigente Scolastico
Dott.ssa Rossi Susanna