

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, in servizio presso codesto Istituto  
(Cognome e nome)  
nel corrente anno scolastico in qualità di \_\_\_\_\_ con contratto a  
(Docente/ATA)  
tempo \_\_\_\_\_,  
(indeterminato/determinato)

CHIEDE

alla S.V. di poter usufruire per il periodo dal \_\_\_\_ al \_\_\_\_ di complessivi n. \_\_\_\_ giorni di permesso per:

<input type="checkbox"/> Ferie (art. 13 del C.C.N.L. 29/11/2007)	<input type="checkbox"/> relative al corrente a.s. <input type="checkbox"/> maturate e non godute nel precedente a.s.	
<input type="checkbox"/> Festività soppresse previste dalla Legge 23/12/1977, n. 937 (art. 14 C.C.N.L. 29/11/2007)		
<input type="checkbox"/> Infortunio (art. 20 del C.C.N.L. 29/11/2007 - allegare dichiarazione concernente l'infortunio occorso)		
<input type="checkbox"/> Legge 104/92 (eventuali specificazioni _____) giorni già fruiti nel mese: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2		
<input type="checkbox"/> Malattia (art. 17 del C.C.N.L. 29/11/2007) Cert. Prot. n. _____	<input type="checkbox"/> Visita specialistica (alleg. docum. giustificativa) Si dichiara, sottoscrivendo il presente modulo, che non è stato possibile prenotare la visita in orario non coincidente con quello di servizio <input type="checkbox"/> Ricovero ospedaliero/Day Hospital (alleg. docum. giustificativa) <input type="checkbox"/> Analisi cliniche/accertamenti clinici (alleg. docum. giustificativa)	
<input type="checkbox"/> Maternità	<input type="checkbox"/> Interdizione per gravi complicanze della gestazione (alleg. cert. med.) <input type="checkbox"/> Astensione obbligatoria (alleg. certificato medico)	
<input type="checkbox"/> Permesso breve (art. 16 del C.C.N.L. 29/11/2007)	dalle ore _____ alle ore _____	
<input type="checkbox"/> Permesso retribuito per (art. 15 del CCNL Scuola 29/11/2007)	<input type="checkbox"/> motivi personali/familiari <input type="checkbox"/> partecip. a concorso/esame <input type="checkbox"/> lutto familiare <input type="checkbox"/> matrimonio <input type="checkbox"/> recupero ore straordinario <input type="checkbox"/> altro (specificare di seguito) _____	Motivazione/specificazione della richiesta (da riportare ai sensi dell'art. 15, c. 2 del CCNL Scuola 29/11/2007) _____ _____ _____ _____
<input type="checkbox"/> Permesso non retribuito per		
<input type="checkbox"/> Permesso retribuito per motivi di studio (ore complessivamente spettanti _____ ore già fruiti _____)		
<input type="checkbox"/> Recupero ore (specificare la motivazione: _____)		
<input type="checkbox"/> Aspettativa <input type="checkbox"/> retribuita <input type="checkbox"/> non retribuita (genere di aspettativa richiesto: _____) (da richiedere con congruo anticipo allegando apposita documentazione)		
<input type="checkbox"/> Altro caso previsto dalla normativa vigente (allegare documentazione giustificativa) _____ _____ _____		

Eventuali note: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Il sottoscritto dichiara che nel predetto periodo sarà reperibile al seguente indirizzo:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(località, via o piazza, n. civico e n. telefonico)

Roma, \_\_\_\_\_  
(Data)

\_\_\_\_\_  
(Firma del richiedente)

Si concede  Non si concede

IL DIRETTORE S.G.A.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO  
Prof. Roberto Toro