

Oggetto: Richiesta / Comunicazione assenza

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
(Cognome e Nome) (qualifica)

in servizio presso codesto Istituto nel corrente A.S. con contratto a tempo \_\_\_\_\_  
(indeterminato/determinato)

**CHIEDE / COMUNICA**

alla S.V. di assentarsi per il periodo:

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ di complessivi n° \_\_\_\_\_ giorni di:

<input type="checkbox"/> ferie (ai sensi dell'art. 13 del C.C.N.L. 2006/2009)	<input type="checkbox"/> relative al corrente A.S. <input type="checkbox"/> maturate e non godute nel precedente A.S.
<input type="checkbox"/> festività sopresse previste dalla legge 23/12/1977, n° 937	
<input type="checkbox"/> recupero	
<input type="checkbox"/> permesso retribuito per *(ai sensi dell'art. 15 del C.C.N.L. 2006/2009)	<input type="checkbox"/> partecipazione a concorso/esame <input type="checkbox"/> lutto familiare <input type="checkbox"/> motivi familiari/personali <input type="checkbox"/> matrimonio
<input type="checkbox"/> maternità	<input type="checkbox"/> interdizione per gravi complicanze della gestazione (**) <input type="checkbox"/> astensione obbligatoria (**) <input type="checkbox"/> astensione facoltativa (L.1204/71, art. 7 comma 1°) (*) <input type="checkbox"/> astensione facoltativa (L.1204/71, art. 7 comma 2°) (**)
<input type="checkbox"/> malattia (**)(ai sensi dell'art. 17 del C.C.N.L. 2006/2009)	<input type="checkbox"/> visita specialistica - <input type="checkbox"/> analisi cliniche - <input type="checkbox"/> ricovero ospedaliero
<input type="checkbox"/> aspettativa per motivi di (ai sensi dell'art. 18 del C.C.N.L. 2006/2009):	<input type="checkbox"/> famiglia - <input type="checkbox"/> personali - <input type="checkbox"/> studio - <input type="checkbox"/> lavoro
<input type="checkbox"/> legge 104	giorni già goduti nel mese: <input type="checkbox"/> 1 - <input type="checkbox"/> 2 - <input type="checkbox"/> 3
<input type="checkbox"/> infortunio (**) (ai sensi dell'art. 20 del C.C.N.L. 2006/09)	
<input type="checkbox"/> altro caso previsto dalla normativa vigente (*)	

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

\_\_\_\_\_  
(località, via o piazza, n° civico e n° di telefono)

Minervino Murge, \_\_\_\_\_  
(data)

\_\_\_\_\_  
(firma del dipendente)

(\*) allegare documentazione giustificativa

(\*\*) allegare certificazione medica

**RISERVATO ALLA SEGRETERIA**

La presente è pervenuta in data \_\_\_\_\_ Prot. n. \_\_\_\_\_

Il dipendente ha già usufruito di complessivi n° \_\_\_\_\_ giorni di \_\_\_\_\_

Nel corso:  del corrente A.S.  del precedente A.S.  del triennio

documentazione giustificativa allegata: \_\_\_\_\_

certificazione medica allegata: \_\_\_\_\_

l'Assistente Amministrativo addetto al controllo

Il Direttore dei Servizi G. A. - Dott.ssa Sabatina Balice

**NOTE DEL DIRIGENTE SCOLASTICO**

**VISTO:**

si concede

non si concede

Il Dirigente Scolastico  
Prof.ssa Amalia Masiello