

Il sottoscritto/a _____
nat_ a _____ il _____ in servizio presso il Circolo Didattico "Don L. Milani"
e precisamente nella sede/nel plesso di _____
in qualità di _____ assunto/a a tempo indeterminato/determinato

CHIEDE/ COMUNICA

La concessione di n. _____ giorni dal _____ al _____

- Permesso Retribuito**
(Art. 15 CCNL 2006-09 e Art. 32 CCNL 2016-18)
- Partecipazione concorsi/esami (max 8 gg.)
 - Lutto (max 3 gg. ad evento)
 - Matrimonio (max 15 gg. da fruire entro 2 mesi)
 - Donazione sangue
 - Legge 104 gg. già goduti nel mese: 0 1 2
- Nome dell'assistito _____
- Si dichiara che il familiare che necessita di assistenza, con handicap in situazione di gravità, non è ricoverato a tempo pieno

- Assenza per malattia:**(art. 17 CCNL 2006-09)
- Malattia
 - Malattia per gravi patologie
 - Ricovero Ospedaliero o day hospital
 - Convalescenza post-ricovero
 - Accertamenti diagnostici
 - Infortunio sul lavoro
 - Visita specialistica
 - Visita specialistica per gravi patologie

- Permesso Retribuito**
(Art. 15 CCNL 2006-2009 e art. 31 CCNL 2016-2018)
- Motivi personali o familiari gg. già goduti 0 1 2

- Permessi per diritto alla formazione** (Art. 64 CCNL 2006-2009):
- Permesso retribuito per diritto allo studio (150 ore anno solare autorizzate dall'A.T. di CT)
 - Esonero giornaliero per la partecipazione a corsi di aggiornamento e formazione (max 5 gg.)

- Ferie e/o festività soppresse** (art. 15 CCNL 2006-2009):
- Ferie a.s. precedente a.s. in corso - gg. di ferie già usufruiti (solo per i docenti) 0 1 2 3 4 5
 - Festività soppresse

- Recupero ore di straordinario** a.s. precedente a.s. in corso per il giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____ effettuate il _____ dalle ore _____ alle ore _____

- Permessi orari retribuiti per motivi personali e familiari (PERSONALE ATA)** ai sensi dell'art. 31 CCNL 2016-2018 per il giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____ (Max 18 ore per a.s.)

- Permessi orari retribuiti per visite specialistiche o accertamenti diagnostici (PERS. ATA)** art. 33 CCNL 2016-2018 per il giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____ (Max 18 ore per a.s.)

- Permessi orari retribuiti portatore di handicap o assistenza familiare (PERS. ATA)-max 18 h mens.- art.32 CCNL 2016-18** per il giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____ nome dell'assistito _____
- Si dichiara che il familiare che necessita di assistenza, con handicap in situazione di gravità, non è ricoverato a tempo pieno

- Permesso breve** (Art. 16 CCNL 06-09): per il giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____ e si impegna a recuperarle entro il mese successivo secondo le disposizioni del Dirigente o si impegna a recuperarle in data ____/____/____ dalle ore _____ alle ore _____.
- (permesso max della metà delle ore giornaliere per il personale ATA e max di 2 ore per il personale docente);

- Altri casi previsti dalla normativa (specificare):** _____

Allega/Si riserva di allegare: Certificato Medico Autocertificazione Altro: _____

Comunica che durante il periodo dell'assenza sarà reperibile al seguente indirizzo: _____

Randazzo, li _____

Firma

Visto si concede/Non si concede:

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof.ssa Rita Pagano