

Domanda di Assenza/permessi

Al Sig. Dirigente Scolastico
I.C. "F. Bruno" Paola

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
in servizio presso codesto Istituto in qualità di:

DOCENTE **PERSONALE A.T.A.**

con contratto di lavoro a tempo **INDETERMINATO**
 DETERMINATO

ai sensi dell'art. 15 del C.C.N.L. stipulato in data 29/11/2007 e del CCNL del 09/02/2018

Chiede/Comunica ⁽¹⁾

dal _____ al _____ giorni n° _____
dalle ore _____ alle ore _____ Tot.Ore n° _____
per i seguenti motivi: _____ **TIPOLOGIA ASSENZA** _____

MOTIVI DI SALUTE	PERMESSI
<input type="checkbox"/> Assenza Malattia <input type="checkbox"/> Gravi Patologie <input type="checkbox"/> Ricovero Ospedaliero <input type="checkbox"/> Malattia dovuta a Causa di servizio <input type="checkbox"/> Visita Specialistica	<input type="checkbox"/> Permesso motivi personali/familiari <input type="checkbox"/> Permessi orari motivi personali/familiari(solo pers. ATA) <input type="checkbox"/> Permesso Legge 104/92 <input type="checkbox"/> Permesso per Studio/Ricerca <input type="checkbox"/> Permesso part. Concorsi/Esami (art. 15 c.c.n.l.) <input type="checkbox"/> Permesso part. Corsi Aggiornamento <input type="checkbox"/> Permesso per Matrimonio <input type="checkbox"/> Permesso per Lutto <input type="checkbox"/> Permesso Obblighi civili <input type="checkbox"/> Permesso per mandato politico <input type="checkbox"/> Permesso per mandato sindacale <input type="checkbox"/> Permesso donazione sangue <input type="checkbox"/> Permesso per mandato amministrativo <input type="checkbox"/> Permesso NON retribuito <input type="checkbox"/> Permesso Breve
CONGEDI PARENTALI	
<input type="checkbox"/> Astensione Obbligatoria <input type="checkbox"/> Astensione Obbligatoria anticipata <input type="checkbox"/> Astensione Facoltativa <input type="checkbox"/> Astensione Facoltativa per Malattia dei figli	
FERIE / RECUPERI	ASPETTATIVE
<input type="checkbox"/> Ferie Anno Scolastico in corso <input type="checkbox"/> Ferie Anno Scolastico Precedente <input type="checkbox"/> Ferie Assimilate ai Permessi Retribuiti <input type="checkbox"/> Festività Soppresse A.S. in corso <input type="checkbox"/> Riposo compensativo	<input type="checkbox"/> Aspettativa per famiglia <input type="checkbox"/> Aspettativa per Studio/ Ricerca
	ALTRO (Nuovi Istituti CCNL del 09/02/2018)
	<input type="checkbox"/> _____

Allega / Si riserva di presentare la seguente documentazione: _____

Dichiarazione sostitutiva (DPR 445/00 Disposizioni legisl. e reg. doc. amm.va) _____

Eventuali comunicazioni aggiuntive: _____

Paola _____
(1) Cancellare la voce che non interessa

Firma _____