Il/La sottoscritto/a _____

in servizio presso questo Istituto in qualità di:

☐ Docente Scuola Media	☐ Coll. Scolastico
☐ Insegnante elementare DIAZ	☐ Assistente Amm.vo
☐ Insegnante elementare CARDUCCI	☐ D.S.G.A.

CHIEDE

che gli/le venga concesso un periodo di:

☐ Assenza per malattia	☐ Permesso retribuito art. 15 CCNL per:	
☐ Visita Specialistica Orario visita _____	Comma 1:	☐ Concorsi/esami (gg 8 all'anno); ☐ lutto (gg 3 ad evento);
	Comma 2:	☐ motivi pers./fam. (gg 3 all'anno); ☐ ferie durante att.tà did (gg 6 all'anno)
☐ Ferie	Comma 3:	☐ matrimonio (gg 15 consecutivi)
☐ Festività soppresse (Legge 937/77)	Comma 7:	☐ Altro (specificare)
☐ Recupero lavoro straordinario già effettuato	☐ Astensione obbligatoria maternità	
☐ Congedo parentale (asten. facol. D.Lgs 151/2001) Dichiara che l'altro genitore non usufruisce della stessa tipologia di assenza Nome figlio _____ data di nascita _____	☐ Congedo malattia figlio (D.Lgs 151/2001) Dichiara che l'altro genitore non usufruisce della stessa tipologia di assenza Nome figlio _____ data di nascita _____	
☐ Aspettativa per (allegare dichiarazione)	☐ Famiglia ☐ Studio ☐ Ricongiungimento coniuge all'estero	☐ Legge 104/92 – Dichiaro che la persona assistita non è ricoverata in nessuna struttura sanitaria
☐ Altro (specificare)		

dal _____ al _____ gg _____
dal _____ al _____ gg _____
dal _____ al _____ gg _____

per motivi di _____

Allega: _____

Recapito: _____ Tel. _____ / _____

Roma, _____ Firma _____

VISTA l'istanza di cui sopra e la documentazione allegata, accertato che nell'ultimo triennio, ovvero nell'a.s. in corso, ha già usufruito di n° _____ gg di malattia/permesso, si concede quanto richiesto con diritto alla seguente retribuzione:

- Assegni interi gg _____
- Assegni ridotti al _____ % gg _____
- Senza assegni gg _____

Motivi dell'eventuale diniego: _____