



Il sottoscritt _____

in servizio presso codesto Istituto, in qualità di:

DOCENTE per l'insegnamento di: _____

Personale ATA: Ass. Amm.vo Ass.Tecnico Collab. Scolastico

Con contratto a: Tempo Determinato Tempo Indeterminato

CHIEDE, di assentarsi dal _____ al _____ per giorni _____ per:

- Malattia** (art. 17 C.C.N.L. 2007)
- Visita Specialistica** Day Hospital Ricovero Ospedaliero
- Legge 104/92** Permesso in qualità di Portatore di **Handicap** o per Assistenza a Portatori di Handicap
- Ferie** (art. 13 e 19 C.C.N.L. 2007) A.S. corrente A.S. precedente
- Recupero delle **Festività Soppresse** (art. 14 C.C.N.L. 2007)
- Permesso per motivi **Personali** o **Familiari** (art 15 C.C.N.L. 2007), (allegare autocertificazione)
- Esonero per partecipazione a corsi di Aggiornamento e **Formazione** (art 64 C.C.N.L. 2007)
- Permesso per partecipazione a Concorsi o **Esami** (art 15 C.C.N.L. 2007)
- Matrimonio (art 15 C.C.N.L. 2007)
- Permesso per **Lutto** Familiare (art 15 C.C.N.L. 2007)
- Assenza per Gravi Patologie (art. 17 C.C.N.L. 2007)
- Recupero** ore eccedenti, relative a _____
- Altro** _____

Pollena Trocchia, _____

Firma _____

Visto Il Direttore dei S.G.A. _____
(solo per il personale ATA)

=====

VISTA LA RICHIESTA, si concede non si concede

Il Dirigente Scolastico
