

Oggetto: Richiesta congedo

Il sottoscritto _____, _____, _____
(Cognome e Nome) (data di nascita) (qualifica)
in servizio presso questo Istituto nel corrente A.S. con contratto a tempo indeterminato determinato

CHIEDE

alla S.V. di poter usufruire per il periodo:

- dal ___/___/20___ al ___/___/20___ per complessivi n. _____ gg di :
- per il giorno ___/___/20___ dalle ore _____ alle ore _____ per complessive h _____

Si richiamano gli art. del contratto scuola CCNL 2006/2009 in quanto non modificati dal nuovo contratto scuola CCNL 2016/2018

PERMESSI ORARI <i>(per il solo personale ATA con contratto a Tempo Determinato tali permessi non sono retribuiti)</i>	<input type="checkbox"/> Permessi orari per motivi personali o familiari (18 h per a.s.) (art.31 CCNL 2016/2018) <input type="checkbox"/> Permessi orari per visite, terapie, prestazioni specialistiche o esami diagnostici (18 h per a.s.) (art.33 CCNL 2016/2018) – Allegare attestazione di presenza rilasciatoo dalla struttura in ordine all’orario
ferie (ai sensi dell’art. 13 del CCNL 2006/09)	<input type="checkbox"/> a.s. precedente _____ <input type="checkbox"/> a.s. corrente
<input type="checkbox"/> festività sopresse legge 23/12/1977, n. 937	
<input type="checkbox"/> recupero	
<input type="checkbox"/> permesso retribuito per* (art. 15 CCNL 2006/2009)	<input type="checkbox"/> partecipazione a concorso/esame (8 gg compresi il viaggio) <input type="checkbox"/> lutto familiare (3gg. per ogni evento) (nome e cognome del deceduto) _____ <input type="checkbox"/> matrimonio (15 gg.)
malattia* * (art. 17 del CCNL 2006/2009) Certificato medico protocollo n° _____ <input type="checkbox"/> visita specialistica <input type="checkbox"/> ricovero ospedaliero <input type="checkbox"/> analisi cliniche	
<input type="checkbox"/> aspettativa per motivi di: ai sensi dell’art. 18 CCNL 2006/09	<input type="checkbox"/> famiglia <input type="checkbox"/> lavoro <input type="checkbox"/> personali <input type="checkbox"/> studio
<input type="checkbox"/> infortunio sul lavoro e malattia dovuta a causa di servizio (ai sensi dell’art. 20 CCNL 2006/09)	
<input type="checkbox"/> assenza per motivi sindacali	<input type="checkbox"/> come delegato <input type="checkbox"/> come RSU
<input type="checkbox"/> altro caso previsto dalla normativa vigente (*)	
<input type="checkbox"/> permesso breve per il giorno	_____/_____/20___ dalle ore _____ alle ore _____ per un totale di ore _____ <u>(le ore di permesso saranno recuperate entro i due mesi successivi dalla data di fruizione, in una o più soluzioni, secondo le esigenze di servizio)</u>

➤ Il sottoscritto dichiara che nel predetto periodo sarà reperibile al seguente indirizzo: (se diverso da quello dichiarato alla segreteria del personale)

(località, via o piazza, numero civico numero di telefono)

Riccione, ____/____/20____

(firma del dipendente)

*allegare documentazione giustificativa.

**allegare certificazione medica

<i>FIRME DI CONVALIDA</i>	
IL D.S.G.A.	IL DIRIGENTE SCOLASTICO Prof. Paride Principi