AL DIRIGENTE SCOLASTICO

I.C. “G. Caiati - Don Tonino Bello”

 di Bitonto/Palombaio/Mariotto (BA)

Il/La sottoscritto/a in servizio presso questo Istituto, plesso , in qualità di  docente  ATA con contratto a tempo  determinato  indeterminato

CHIEDE

alla S.V. di assentarsi per gg. per:

dal

al

 ferie *(ai sensi dell’art.13 del C.C.N.L. 2006/2009)*  A.S. precedente  A.S. corrente

 festività soppresse *(previste dalla legge 23/12/1977, n°937)*

 recupero ore (riposo compensativo - ore prestate in esubero)

 malattia (ai sensi dell’art. 17 del C.C.N.L. 2006/2009) - a seguire certificazione medica

 visita specialistica  esami clinici  ricovero ospedaliero  day hospital Cert. Medico n^

 permesso retribuito a Docenti/Ata a T.I.(ai sensi dell’art. 15 del C.C.N.L.2006/2009)

 motivi familiari  partecipazione a concorso/esame  lutto familiare  matrimonio

 permesso retribuito a Docenti/Ata a T.D.(ai sensi dell’art. 35 del C.C.N.L.2019/2021)

 motivi personali/familiari

 aspettativa *(ai sensi dell’art.18 del C.C.N.L. 2006/2009)* per motivi di:

 famiglia  studio  lavoro  personali *(allegare documentazione giustificativa)*

 LEGGE 104/92 - giorni già goduti nel mese corrente:  1 - 2 - 3

 infortunio sul lavoro e malattia dovuta a causa di servizio (ai sensi dell’art. 20 del C.C.N.L.. 2006/2009)

 altro caso previsto dalla normativa vigente:

 permesso breve per il giorno dalle ore alle ore Il/la sottoscritto/a dichiara che nel predetto periodo sarà reperibile al seguente indirizzo:

*(località, via o piazza, n° civico e n° di telefono)*

 Data Firma

***VISTO****:*

 si concede

 non si concede

**IL DIRIGENTE SCOLASTICO**

*Dott.ssa Filomena Di Rella ReReReReReRellRewlla*