

DOMANDA DI ASSENZA

PROT. N° _____ / _____

DEL _____

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
 II ISTITUTO COMPRENSIVO - ROSSANO (CS)

Il/La Sottoscritto/a _____
 In servizio presso questo Istituto in qualità di

DOCENTE di scuola dell'Infanzia / Primaria/SMS TEMPO INDETERMINATO
 PERSONALE ATA _____ TEMPO DETERMINATO

Chiede / Comunica

N° _____ giorni di assenza Dal _____ Al _____

Ai sensi del C.C.N.L. 26/05/1999 e successive integrazioni e modificazioni del C.C.N.L. 2006/2009

PER I SEGUENTI MOTIVI

MOTIVI DI SALUTE

Assenza malattia
 Gravi Patologie () Terapia invalidante
 Ricovero Ospedaliero () Post Ricovero
 Malattia dovuta a causa di servizio
 Visita specialistica da effettuarsi in orario di servizio a _____ Struttura

PERMESSI

Permesso Studio/Ricerca
 Permesso Part.ne Concorso/Esami
 Permesso Part.ne Corso Aggiornamento
 Permesso per Matrimonio
 Permesso per Lutto
 Permesso Obblighi Civili
 Permesso per mandato politico
 Permesso per mandato sindacale
 Permesso NON retribuito

Allega/Si riserva di presentare la seguente documentazione

Autocertificazione (L. 127 - L.15/68 - L. 131/98)
 Il Sottoscritto/a ai sensi del D.L.vo n. 196 del 30/06/2003, autorizza l'Amministrazione scolastica ad utilizzare i dati personali dichiarati solo per i fini istituzionali e necessari per la gestione giuridica ed economica del rapporto di lavoro, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

ASPETTATIVE

Aspettativa per motivi di famiglia
 Aspettativa per Studio/Ricerca

FERIE

Ferie Anno Scolastico in corso **ATA**
 Ferie Anno Scolastico Precedente
 Ferie Assimilate ai Permessi Retribuiti
 Recupero n° ore _____

ALTRO _____

Data _____

FIRMA _____

Visto si autorizza

Il Dirigente Scolastico
Dott.ssa Celestina D'Alessandro