



Modulo permessi

Modulo
R. ATA 2 - Rev.0

Al Dirigente Scolastico Dell'Istituto Istruzione Superiore "ALBERTI-DANTE"

Firenze

__l__ sottoscritt __ _____ in qualità di

in servizio presso codesto Istituto con contratto a Tempo determinato Indeterminato presso il plesso _____ chiede di poter usufruire di un periodo di assenza

dal _____ al _____ per un totale di giorni _____ per il seguente motivo:

<input type="checkbox"/>	Permesso Retribuito (*) Personale con contratto a T.I.	<input type="checkbox"/>	Partecipazione concorso/esame (max 8 gg. di cui max 5 gg. per partecipazione ad attività di formazione e aggiornamento)	gg.
		<input type="checkbox"/>	Motivi personali/familiari (max 3 gg.)	gg.
<input type="checkbox"/>	Permesso Retribuito (*) Personale contratto a T.I. e T.D.	<input type="checkbox"/>	Lutto familiare (art. 15 e 19 CCNL) (max 3 gg.)	gg.
		<input type="checkbox"/>	Matrimonio (max 15 gg.)	gg.
		<input type="checkbox"/>	Donazione sangue	gg.
<input type="checkbox"/>	Permesso non retribuito (*) Personale contratto a T.D.	<input type="checkbox"/>	Concorsi ed esami (max 8 gg.)	gg.
		<input type="checkbox"/>	Motivi personali/familiari (max 3 gg.)	gg.
<input type="checkbox"/>	Aspettativa non retribuita (art.18 comma 1 CCNL 29/11/2007) Personale con contratto a T.I. e T.D. (ad esclusione di supplenze brevi e saltuarie)	<input type="checkbox"/>	Motivi di lavoro	Dal al
		<input type="checkbox"/>	Motivi personali/familiari	Dal al
		<input type="checkbox"/>	Motivi di studio	Dal al

<input type="checkbox"/> Permesso legge 104/92 art. 3 comma 3 (assistenza persona con handicap) Nominativo dell'assistito _____	gg.
<input type="checkbox"/> Permesso legge 104/92 art. 3 commi 3-6 (per il lavoratore)	gg.
<input type="checkbox"/> Ferie residuo anno precedente	gg. gg.

**Modulo permessi**Modulo
R. ATA 2 - Rev.0

<input type="checkbox"/> Ferie anno corrente	
<input type="checkbox"/> Recupero compensativo	gg.
<input type="checkbox"/> Festività previste dalla legge – art. 14 CCNL 29/11/2007, L. 937/77	gg.
<input type="checkbox"/> Malattia**	Certificato n. _____ gg.
<input type="checkbox"/> Gravi patologie ***	gg.
<input type="checkbox"/> Ricovero ospedaliero/day hospital/terapie	gg.
<input type="checkbox"/> Visita specialistica art.33 comma1 CCNL 12/02/2018 (max 18 ore) (***)	gg.
<input type="checkbox"/> Altro caso previsto dalla normativa vigente*	gg.
<input type="checkbox"/> Diritto allo studio giornaliero*	gg.
<input type="checkbox"/> Diritto allo studio orario*	Ore

Firenze, _____

Firma del Dipendente

(*) allegare documentazione giustificativa (**) Comunicare il numero di protocollo del certificato (***) allegare certificazione medica e ASL competente

ANNOTAZIONI

- SI CONCEDE
- NON SI CONCEDE

IL DIRETTORE SGA

IL DIRIGENTE SCOLASTICO