

Il/la sottoscritt _____
nat ___ a _____ il _____, in servizio presso questo Istituto in qualità di
 docente - d.s.g.a. - assistente amm.vo - collaboratore Scolastico (con il sotto indicato contratto)
 C.T.I C.T.D. (30 Giugno / 31 Agosto) C.T.D. (con contratto temporaneo).

CHIEDE

alla S.V. di assentarsi dal servizio per gg. _____ dal _____ al _____ dovut_ a_ sottoindicat_ motiv_ :

Personale DOCENTE/ATA

- giornate di riposo "ex festività sopresse"
 ferie a.s. precedente a.s. corrente
 permesso retribuito/non retribuito
 concorsi od esami (max 8gg.all'anno compresi viaggi)
 motivi personali/familiari (max 3 gg. all'anno)
 matrimonio (gg.15)
 lutto (gg. 3 anche non consecutivi)
 Legge 104 (art. 33 comma 3 Legge 104/93 - gg.3 al mese)
 Udienza Tribunale - Donazione sangue prevista dalla normativa vigente: _____

SOLO PER IL PERSONALE ATA (Personale T. I.) da compilare solo per fruizione oraria

Permesso Retribuito Motivi Personali/Familiari

art. 31 CCNL del 19.04.2018 (sono fruibili su base giornaliera GG.3 per A.S. , o su
base oraria nella misura massima di 18 ore per A.S. dalle ore _____ alle ore _____ tot. ore _____ in data _____

SOLO PER IL PERSONALE ATA (Personale T. I /T.D.) da compilare solo per fruizione oraria

**Permesso Retribuito per Espletamento di Visite, Terapie; Prestazioni Specialistiche od
Esami Diagnostici.**

art. 33 CCNL del 19.04.2018 (sono fruibili su base giornaliera GG.3 per A.S. , o su
base oraria nella misura massima di 18 ore per A.S. dalle ore _____ alle ore _____ tot. ore _____ in data _____

SOLO PER IL PERSONALE ATA (Personale T. I /T.D.) da compilare solo per fruizione oraria

Permesso Retribuito Legge 104 (art. 33 comma 3 Legge 104/92 -)

art. 32 CCNL del 19.04.2018 (sono fruibili su base giornaliera GG.3 per A.S. , o su
base oraria nella misura massima di 18 ore mensili dalle ore _____ alle ore _____ tot. ore _____ in data _____
Nota la fruizione su base oraria è fruibile solo nei casi di Legge 104 personale.

Durante il periodo di assenza il/la sottoscritto/a sarà domiciliato/a in _____

Via _____ n° _____ tel. _____

Si allega : autocertificazione

Si riserva di produrre: certificazione

_____ li, _____

Con Osservanza



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "M. BUONARROTI"

Vista la domanda,
 si concede non si concede

Il Dirigente Scolastico
(Prof.ssa Iole Ciaccio)

Vista la domanda,
 si concede non si concede

IL DSGA
(Dott. Francesco Albanese)

Nota:

(su retro modello autocertificazione solo per la fruizione dei permessi retribuiti motivi familiari personali)