

Istituto Statale d'Istruzione Superiore "A. Marino" – Casoli (CH)		
DATA:	Prot. N.	/B1_____
per le richieste pervenute tramite telefono)		
Trasmette:		
Riceve:	gg. presunti:	

Al Dirigente Scolastico
Istituto Istruzione Superiore Statale

CASOLI
CHIETI

(Riservato all'Ufficio)

_ I _ sottoscritt _ _____ nato a _____

il ____/____/_____, in servizio, nel corrente a. sc. 201__/201__, presso codesto istituto in qualità di: **DOCENTE** **DIRETTORE AMM.VO** **ASSISTENTE AMM.VO**
ASSISTENTE TECNICO **COLLABORATORE SCOLASTICO** a tempo indeterminato
determinato **CHIEDE** alla S.V. di potersi assentare dal _____ al _____ per complessivi gg. _____

Per :

<p>– FERIE: – <i>relative al corrente a. sc. – maturate e non godute nel precedente a.s.</i></p> <p>1) _____ 2) _____ 3) _____ 4) _____ (firma docenti che sostituiscono l'assenza per ferie)</p> <p>– FESTIVITA' SOPPRESSE previste dalla L. n. 937/23.12.1977</p> <p>– PERMESSO RETRIBUITO (*) <i>ai sensi dell'art. 15 del C.C.N.L. 2006/2009:</i> ® <i>concorsi/esami</i> - ® <i>motivi personali/familiari</i> - ® <i>lutto</i> - ® <i>matrimonio</i></p> <p>– ASPETTATIVA per motivi di, <i>ai sensi dell'art. 18 del C.C.N.L. 2006/2009:</i> ® <i>famiglia</i> - ® <i>lavoro</i> - ® <i>personali</i> - ® <i>studio</i></p> <p>– MALATTIA (**) ® <i>visita specialistica</i> (esclusa dai casi di cui alla Cir. Funz. Pubbl. n. 2/17.2.2014, prot. n. 5181/22.4.2014). - ® <i>ricovero ospedaliero</i> - ® <i>analisi cliniche</i></p> <p><i>Dichiara di essere a conoscenza dell'obbligo di essere presente nel proprio domicilio (Via e Numero _____ Località _____) in ciascun giorno dell'assenza - anche se domenicale o festivo - dalle ore 09.00 alle ore 13.00 e dalle ore 15.00 alle ore 18.00 ai fini di eventuali accertamenti fiscali.</i></p> <p>– INFORTUNIO SUL LAVORO e malattia dovuta a causa di servizio <i>ai sensi dell'art. 20 del C.C.N.L.2006/09</i></p> <p>– RECUPERO ORE EFFETTUATE E NON RETRIBUITE</p> <p>– PERMESSO BREVE <i>ai sensi dell'art. 16 del C.C.N.L. 2006/2009):</i> <i>per il giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____ per un totale di ore _____</i></p> <p>1) _____ 2) _____ 3) _____ (firma docenti che sostituiscono l'assenza per permessi)</p> <p>– FRUIZIONE LEGGE 104/92 - <i>giorni già goduti nel mese: § 1 - § 2 - § 3</i></p> <p>– ALTRO CASO PREVISTO DALLA NORMATIVA VIGENTE(*) _____</p>
--

Con osservanza.

Casoli, _____

(*) allegare documento giustificativo

(**) allegare certificato medico

(firma) _____

Per il Personale A.T.A. - Visto del Direttore dei S.G.A. dott.ssa Luciana D'Andrea

Data _____ Firma _____

Annotazione del Dirigente Scolastico

Si concede - Non si concede _____

Accertamento fiscale: SI NO

VISTO IL DIRIGENTE SCOLASTICO
dott.ssa Costanza Cavaliere
