

Il/La sottoscritto/a _____

in servizio presso questo Istituto nel corrente A.S. con incarico a tempo Indeterminato/Determinato con la qualifica di:

- DOCENTE SCUOLA INFANZIA nella sede di _____
- DOCENTE SCUOLA PRIMARIA nella sede di _____
- DOCENTE SCUOLA SECONDARIA DI PRIMO GRADO nella sede di _____
- DIRETTORE S.G.A.
- ASSISTENTE AMMINISTRATIVO
- COLLABORATORE SCOLASTICO nella sede di _____

CHIEDE

di poter usufruire per il periodo: dal _____ al _____ di complessivi n.° _____ giorni/ore di
dal _____ al _____ di complessivi n.° _____ giorni/ore di
dal _____ al _____ di complessivi n.° _____ giorni/ore di
dal _____ al _____ di complessivi n.° _____ giorni/ore di
dal _____ al _____ di complessivi n.° _____ giorni/ore di
dal _____ al _____ di complessivi n.° _____ giorni/ore di
dal _____ al _____ di complessivi n.° _____ giorni/ore di
dal _____ al _____ di complessivi n.° _____ giorni/ore di
dal _____ al _____ di complessivi n.° _____ giorni/ore di
dal _____ al _____ di complessivi n.° _____ giorni/ore di
dal _____ al _____ di complessivi n.° _____ giorni/ore di
dal _____ al _____ di complessivi n.° _____ giorni/ore di
dal _____ al _____ di complessivi n.° _____ giorni/ore di
dal _____ al _____ di complessivi n.° _____ giorni/ore di

- Permesso Retribuito / Non retribuito per (*)**:
 motivi personali/familiari concorso/esame matrimonio lutto familiare (_____)
- Permesso Retribuito art. 33 CCNL 2018 (**)** intera giornata dalle ore _____ alle ore _____ per n. ore _____
solo per il personale ATA
- Permesso Breve** giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____ per n. ore _____ su ore servizio (_____) per il seguente motivo _____
- Congedo parentale** nei primi 12 anni di vita del bambino (allegare dichiarazione)
- Congedo per malattia del figlio**: Fino a 3 anni da 3 a 8 anni (allegare documentazione medica giustificativa)** (compilare dichiarazione)***
- Malattia** **Visita Spec./accert.clinici** **Gravi Patologie** **Causa di servizio** **Ricovero** **Day Hospital** **invalidità**
- FERIE** Anno Scolastico Precedente Anno Corrente
- FESTIVITA' SOPPRESSE**
- Altri Casi** previsti dalla normativa vigente (*) _____
- Recupero straordinario già effettuato per n° _____ ore** (solo per personale ATA)
- Permesso 150 Ore (diritto allo studio) per n° ore _____**
- Permessi legge 104/1992**
Dichiara di aver già usufruito nel mese di _____ di giorni _____ Assistito: _____

(*) allegare documentazione giustificativa o autocertificare

(**)allegare documentazione medica giustificativa

(***)compilare dichiarazione sostitutiva

Il sottoscritto/a dichiara che nel predetto periodo sarà reperibile al seguente indirizzo:

Soletto, _____

(Firma dell'interessato)

RISERVATO ALLA SEGRETERIA

FONOGRAMMA DEL _____ ORE _____
TRASMETTE: _____ RICEVE: _____
TESTO: _____

RICHIESTA VISITA FISCALE: SI NO

Il D.S.G.A.
(Sonia PAULI')

La Dirigente Scolastica
(Claudia CANTATORE)

*** Dichiarazione sostitutiva di certificazione-PERMESSI RETRIBUITI/NON RETRIBUITI (PER TUTTO IL PERSONALE)**
ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____
residente in _____ via _____ n. _____ consapevole delle
sanzioni penali e della revoca di benefici previsti per le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi,

DICHIARA

di voler usufruire di _____ giorno/i di permesso _____
dal _____ al _____ per i seguenti motivi:

Soletto, _____

Il dichiarante _____

***** Dichiarazione sostitutiva di certificazione - ASSENZA PER MALATTIA DEL FIGLIO(PER TUTTO IL PERSONALE)**
ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000

il/la sottoscritto/a, _____

DICHIARA

- che il figlio/a _____ è nato/a
a _____ il _____ ;

- che l'altro genitore _____,
nato/a a _____ il _____,
dipendente
dell'Ente/Azienda _____,
Via/Piazza (ind. Azienda) _____,
Comune _____ Tel. _____

- non ha usufruito dello stesso congedo per lo stesso giorno/periodo richiesto dal/la sottoscritto/a;
- ha usufruito di n. giorni _____ di congedo spettanti per malattia del figlio;

- che l'altro genitore _____,
nato/a a _____ il _____, non usufruisce
dello stesso congedo in quanto:

- pensionato;
- lavoratore autonomo;
- altro: _____.

ALLEGA:

- certificato rilasciato dal medico specialista del Servizio Sanitario Nazionale o con esso convenzionato;

Soletto, lì _____ Firma _____

¹ Ciascun genitore, alternativamente, ha diritto di astenersi dal lavoro, nel limite di cinque giorni lavorativi l'anno, per le malattie di ogni figlio di età compresa fra i tre e gli otto anni. (Art. 12 comma 5 CCNL 2007)

Il congedo spetta al genitore richiedente anche qualora l'altro genitore non ne abbia diritto. (art. 47 comma 6 del D.Lgs. n. 151 del 2001)