

sottoscritt _____, in servizio c/o codesto Istituto in qualità di:
 Direttore S.G.A. Assistente Amm.vo – Tecnico Collaboratore scolastico, ai sensi dei C.C.N.L. del
29.11.2007 e del 19/04/2018

C H I E D E

alla S.V. la concessione di

gg. _____ e precisamente dal _____ - al _____
gg. _____ e precisamente dal _____ al _____
gg. _____ e precisamente dal _____ al _____
ore _____ e precisamente il _____ dalle ore _____ - alle ore _____
ore _____ e precisamente il _____ dalle ore _____ - alle ore _____
ore _____ e precisamente il _____ dalle ore _____ - alle ore _____

- Assenza per malattia.
- Assenza per l'espletamento di visite, terapie, prestazioni specialistiche od esami diagnostici (max 3 gg. o 18 ore/anno documentati) art. 33 CCNL 19/04/2018.
- Permesso retribuito per concorsi o esami (max 8 gg./anno, compreso il viaggio).
- Permesso per lutto (coniuge, parente entro 2° grado, affine 1° grado – 3 gg. per evento).
- Permesso per motivi familiari o personali (max 3 gg. o 18 ore/anno documentati) art. 31 CCNL 19/04/2018.
- Permesso retribuito per matrimonio (15 gg.).
- Permesso retribuito per ore di studio (art. 3 D.P.R. 395/88).
- Aspettativa per motivi familiari (art. 18 C.C.N.L. – fino ad 1 anno senza retribuzione).
- Assistenza/fruizione personale portatori di handicap (Legge 104/92 – 3 gg. o 18 ore al mese) art. 32 CCNL 19/04/2018.
- FESTIVITÀ
- FERIE a.s. _____
- ALTRO: _____
Si allega a tal fine la seguente documentazione _____
- PERMESSO BREVE:** dalle ore _____ alle ore _____ del _____, per un totale di n. _____ ore (max metà dell'orario giornaliero) da recuperare entro 2 mesi, il _____

Dichiarazione sostitutiva di certificazione (art. 2 legge 4.1.1968, n.15):

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____
Residente a _____ in via _____ n. _____

DICHIARA

In fede

Arzignano,

(firma)

- SIDI – cod. assenza _____
- AXIOS
- MEDIASOFT (solo per Non Ruolo)
- Assenze.Net (solo per malattia)

VISTO:
Il D.S.G.A.
Dott. Paola Guiotto

VISTO:
Il Dirigente Scolastico
Dott. Iole Antonella Frighetto