

Prot. _____ / _____
del _____

MOD. R -1

**Al Dirigente Scolastico
C.D. "E. De Filippo"
Santa Maria la Carità (NA)**

Oggetto: Richiesta assenza dal servizio

___ 1 ___ sottoscritt _____

in servizio presso questo Istituto in qualità di _____ con contratto a tempo

- Indeterminato
 Determinato

CHIEDE

di poter usufruire di gg. _____

dal _____ al _____

dal _____ al _____

PER :

- FERIE**
 Anno scolastico corrente Anno scolastico precedente
- FESTIVITÀ SOPPRESSE**
- MALATTIA** con certificato del medico curante
- MALATTIA** (stato patologico connesso alla situazione di invalidità riconosciuta)
- VISITA SPECIALISTICA** con certificato del medico
- DAY HOSPITAL / DAY SURGERY** con certificato della struttura ospedaliera
- RICOVERO ospedaliero** con certificato della struttura ospedaliera
- POST RICOVERO** con certificato del medico curante
- GRAVE PATOLOGIA** (art. 17 e 9 c 15 CCNL 06/09)
- LEGGE 104/92 per assistenza a disabile** art. 33 comma 3 (3 gg. al mese)
- LEGGE 104/92 portatore di handicap** art. 3 comma 3 (3 gg. al mese)
- RECUPERO ORE** svolte oltre il normale orario di servizio
- LUTTO** (3 gg. ad evento da utilizzare entro 1 mese in deroga a DL.vo 21/10/00)
- DONAZIONE SANGUE** (L. 584/67)
- PERMESSO per Concorso/Esame** (max 8 gg. - art. 15 c. 1 CCNL 06/09)
- PERMESSO per Formazione/Aggiornamento** (max 5 gg. - art. 64 c. 5 CCNL 06/09) docenti
- PERMESSO per Testimonianza in Tribunale** (art. 15 CCNL 06/09)
- PERMESSO per Matrimonio** (15 gg. consecutivi art. 15 e art. 19 CCNL 06/09)
- PERMESSO per Studio** (150 ore art. 15 CCNL 2000)

IL/LA SOTTOSCRITTO/A SI IMPEGNA A COMUNICARE EVENTUALE VARIAZIONE DI INDIRIZZO DURANTE L'EVENTO

(località, via o piazza, n. civico, telefono)

Santa Maria la Carità, _____

Il richiedente

VISTA la domanda: si autorizza

Il Dirigente Scolastico
Dott.ssa Gilda Esposito

La D.S.G.A.
Marina Giordano