

ISTITUTO DI ISTRUZIONE SUPERIORE STATALE "C.FERRINI-L. FRANZOSINI"

- Al Dirigente Scolastico

- Al Direttore dei Servizi Amministrativi

OGGETTO: richiesta di astensione dal lavoro

Personale docente

Personale ATA

DSGA

Ass.te Amm.vo

Ass.te Tecnico

Collab. Scolastico

Il/la sottoscritto/a _____

Incaricato/a A TEMPO INDETERMINATO A TEMPO DETERMINATO

in servizio presso l'Istituto "FERRINI" l'Istituto "FRANZOSINI"

nel corrente anno scolastico, chiede l'attribuzione di:

dal _____ al _____ per totali gg. _____

giorno/mese/anno giorno/mese/anno

dal _____ al _____ per totali gg. _____

giorno/mese/anno giorno/mese/anno

dal _____ al _____ per totali gg. _____

giorno/mese/anno giorno/mese/anno

di astensione dal servizio per (*):

malattia (art. 17 CCNL) (**)

visita specialistica

motivi personali/familiari (art. 15, comma 2)

partecipazione a concorso/esame (art. 15, comma 1)

lutto (art. 15, comma 1)

esercitare il diritto della formazione (art. 62, comma 5-7)

esercitare il diritto di voto (art. 13 DPR 223/89)

matrimonio (art. 15, comma 3)

donazione di sangue (L. 584/67 e successive integrazioni)

L. 104/92 (art. 33, comma e e successive integrazioni)

aspettativa per motivi di famiglia/lavoro/studio (art. 18 CCNL)

ferie (art. 13 CCNL) relative al corrente a.s. non godute precedente (solo personale ATA) a.s. _____

festività sopresse (art. 14 CCNL) solo personale ATA

congedo parentale (art. 16-17 D.lgs 151/2001) interdizione per gravi complicanze gestazione
 astensione obbligatoria

congedo parentale (art. 32 D.lgs 151-2001) astensione facoltativa al 100% (primi 30 gg.) al 30%

congedo parentale (art. 32-47 D.lgs 151-2001) malattia del/la figlio/a minore di 3 anni fra 3 e 8 anni

permesso orario giornaliero per allattamento (artt. da 39 a 46 del D.lgs. n° 151 del 26/03/2001) di n° _____ ore sett.li

diritto allo studio (DPR 395/98 art. 3 – 150 ore) dal _____ al _____ n° ore _____

altro caso previsto dalla normativa vigente: _____

(*) in tutti i casi il motivo deve essere documentabile, anche con autocertificazione.

(**) in caso di malattia occorre la relativa documentazione medica e la dichiarazione di reperibilità c.s.:

Il/la sottoscritta dichiara che nel predetto periodo di congedo per malattia sarà reperibile presso la dimora abituale oppure al seguente indirizzo: _____

CAP _____ Città _____ tel. _____

Verbania, _____

Firma _____

FIRMA PER PRESA VISIONE DEL DIRIGENTE SCOLASTICO _____

FIRMA PER PRESA VISIONE DEL DSGA _____