



ISTITUTO COMPRENSIVO GRAZIE TAVERNELLE - ANCONA

Al DIRIGENTE SCOLASTICO
dell' ISTITUTO COMPRENSIVO GRAZIE TAVERNELLE

RICHIESTA ASTENSIONE DAL LAVORO

Il/La sottoscritt _____ qualifica _____ T.I. T.D.
in servizio presso la scuola _____ classe/sez _____ (solo per gli insegnanti)

CHIEDE/COMUNICA DI POTER USUFRUIRE DI

- ◆ **MALATTIA** dal _____ al _____ gg _____
- ◆ **VISITA SPECIALISTICA ALLE ORE _____** dal _____ al _____ gg _____
- ◆ **PERMESSO**
- Concorso/esame retribuiti T.I. (8 gg per A.S.) dal _____ al _____ gg _____
- Concorso/esame non retribuiti T.D. (8 gg per A.S.) dal _____ al _____ gg _____
- Motivi pers./fam. retribuiti (T.I. e T.D. al 30/6 e 31/08) (3 gg per A.S.) dal _____ al _____ gg _____
- Motivi pers./fam. **non retribuiti T.D. (6 gg per A.S.)** dal _____ al _____ gg _____
Solo supplenti brevi e saltuari (art.35 c.13 CCNL 19-21)
- Lutto familiare (3 gg per evento) dal _____ al _____ gg _____
(coniuge,genitori,nonni,figli,fratelli,suoceri,nuore/generi)
- Matrimoniale (15 gg) dal _____ al _____ gg _____
- Formazione (5 gg per A.S.) dal _____ al _____ gg _____
- Sindacale dal _____ al _____ gg _____
- Legge 104 PERSONALE/ACCOMPAGNATORE dal _____ al _____ gg _____
- ◆ **MATERNITA'**
- Interdizione per gravi complicanze della gestazione dal _____ al _____ gg _____
- Astensione obbligatoria pre/post parto dal _____ al _____ gg _____
- Congedo parentale 0-6(figlio/a) _____ dal _____ al _____ gg _____
- Congedo parentale 6-12(figlio/a) _____ dal _____ al _____ gg _____
- Malattia figlio età 0-3 (figlio/a) _____ dal _____ al _____ gg _____
- Malattia figlio età 3-8 (figlio/a) _____ dal _____ al _____ gg _____
- ◆ **ASPETTATIVA** motivi di famiglia/studio/lavoro ricerca/coniuge estero altro _____ dal _____ al _____ gg _____
- ◆ **ALTRO CASO** previsto dalla normativa (dichiarare quale) _____ dal _____ al _____ gg _____

ALLEGA: Documentazione giustificativa Certificato medico Altro _____

Data _____

Firma _____

VISTO: Referente di Plesso _____ DSGA _____

SOSTITUZIONE INTERNA/RICERCA SUPPLENTE (per i referenti di plesso: specificare l'opzione)

VISTO: SI CONCEDE NON SI CONCEDE

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
DOTT. ANDREA SALLESE

AUTODICHIARAZIONE
di cui agli artt. 46 e 47 del d.P.R. n.445 del 28 dicembre 2000

Il/La sottoscritt_ _____qualifica _____ T.I. T.D.
in servizio presso la scuola _____classe/sez _____(solo per gli insegnanti)

DICHIARA:

che necessita di n. _____ giorno/i di permesso per motivi personali familiari per i seguenti motivi:

Ancona, _____

firma _____