

Il/La sottoscritto/a _____

ATA det/ indet. _____

Docente det/indet. _____

C H I E D E

PERMESSO BREVE dalle _____ alle _____ di h. ____ del giorno ____/____/____ **RECUPERATO il giorno**
____/____/____

RECUPERO STRAORDINARIO di h. ____ nel giorno ____/____/____

RECUPERO FESTIVITA' SOPPRESSE dal ____/____/____ al ____/____/____ per gg. _____

PERMESSI RETRIBUITI per:

○ Partecipazione corsi di formazione dal ____/____/____ al ____/____/____ per gg. _____

○ Partecipazione concorsi dal ____/____/____ al ____/____/____ per gg. _____

○ Lutto dal ____/____/____ al ____/____/____ per gg. _____

○ Motivi personali o familiari dal ____/____/____ al ____/____/____ per gg. _____

○ Matrimonio dal ____/____/____ al ____/____/____ per gg. _____

LEGGE 104/92 dal ____/____/____ al ____/____/____ per gg. _____

DIRITTO ALLO STUDIO dal ____/____/____ al ____/____/____ per gg/ore. _____

FERIE

○ Relative al corrente a.s. dal ____/____/____ al ____/____/____ per gg. _____

○ Relative all'a.s. precedente dal ____/____/____ al ____/____/____ per gg. _____

ASSENZA PER MALATTIA

○ Malattia dal ____/____/____ al ____/____/____ per gg. _____

○ Visita specialistica dal ____/____/____ al ____/____/____ per gg. _____

○ Gravi patologie dal ____/____/____ al ____/____/____ per gg. _____

○ Ricovero ospedaliero dal ____/____/____ al ____/____/____ per gg. _____

○ Post-ricovero ospedaliero dal ____/____/____ al ____/____/____ per gg. _____

○ Day hospital dal ____/____/____ al ____/____/____ per gg. _____

ASSENZA PER INFORTUNIO dal ____/____/____ al ____/____/____ per gg. _____

○ Dipendente da terzi

○ Dipendente da se stesso

CONGEDO PARENTALE (art. 12 CCNL 29/11/2007)

○ Astensione obbligatoria (commi 2 e 3) dal ____/____/____ al ____/____/____ per gg. _____

○ Astensione facoltativa 1° anno di vita del
Bambino (comma 4) dal ____/____/____ al ____/____/____ per gg. _____

○ Malattia bambino < di 3 anni (comma 5) dal ____/____/____ al ____/____/____ per gg. _____

○ Malattia bambino > di 3 anni (comma 5) dal ____/____/____ al ____/____/____ per gg. _____

INTERDIZIONE dal ____/____/____ al ____/____/____ per gg. _____

ALTRO MOTIVO DA SPECIFICARE:

_____ dal ____/____/____ al ____/____/____ per gg. _____

Si allega documentazione _____

Cassano Murge, ____/____/____

FIRMA

Il D.S.G.A.
Rag. DE SANTIS Domenica Angela

DIRIGENTE SCOLASTICO
(Dott.ssa Maria Rosaria ANNOSCIA)