

Il/La sottoscritto/a _____, in servizio presso codesto Istituto nel corrente A.S. con contratto a tempo indeterminato determinato in qualità di non docente docente nel **plesso** _____ **turno** _____ **dalle** _____ **alle** _____.

CHIEDE alla S.V. di poter usufruire per il periodo:

dal _____ al _____ di complessivi n° _____ **giorni di:**
dal _____ al _____ di complessivi n° _____ **giorni di:**
dal _____ al _____ di complessivi n° _____ **giorni di:**

| | |
|--|--|
| MALATTIA (1) | <input type="checkbox"/> Tempo Indeterminato (art. 17 CCNL 2006/09) <input type="checkbox"/> Tempo determinato (art. 19 co.3,4,5,6 e 8 CCNL 2006/09) |
| FERIE (artt. 13 e 19 del CCNL 2006/09) | <input type="checkbox"/> relative al corrente A.S. (già fruiti gg.: _____) <input type="checkbox"/> maturate e non godute nel precedente AS(già fruiti gg: _) |
| <input type="checkbox"/> FESTIVITÀ SOPRESSE previste dalla legge 23/12/1977, n° 937 (art. 14 CCNL 2006/09) | |
| <input type="checkbox"/> RECUPERO FESTIVITÀ SANTO PATRONO a.s. corrente (art. 14 CCNL 2006/09) | |
| PERMESSO BREVE (art. 16 CCNL 2006/09) in data _____ dalle ore _____ _____ alle ore _____ Tot. Ore _____ Motivo della richiesta _____ (2) | <input type="checkbox"/> Copertura _____ <input type="checkbox"/> Copertura interna da parte del modulo <input type="checkbox"/> Nessuna copertura |
| <input type="checkbox"/> RECUPERO di n° _____ ore prestate in precedenza in data _____ dalle ore _____ alle ore _____ in data _____ dalle ore _____ alle ore _____ | |
| PERMESSO RETRIBUITO PER (2) (art. 15 del CCNL 2006/09) | <input type="checkbox"/> PARTECIPAZIONE A CONCORSO/ESAME <input type="checkbox"/> LUTTO FAMILIARE (MAX GG. 3 PER EVENTO) <input type="checkbox"/> MOTIVI FAMILIARI/PERSONALI (MAX GG. 3 PER A.S.) <input type="checkbox"/> MATRIMONIO (MAX GG. 15) |
| PERMESSO RETRIBUITO PER (2) (art. 15 comma 2 del CCNL 2006/09 – max gg. 6) | <input type="checkbox"/> ferie durante attività didattica senza onere per lo Stato <input type="checkbox"/> ferie durante attività didattica con onere per lo Stato |
| PERMESSO NON RETRIBUITO PER (2) PERSONALE A TEMPO DETERMINATO (art. 19 commi 7,8, 9, 12 del CCNL 2006/09) | <input type="checkbox"/> PARTECIPAZIONE A CONCORSO/ESAME (MAX GG. 8) <input type="checkbox"/> LUTTO FAMILIARE (MAX GG. 3 PER EVENTO) - RETRIBUITO <input type="checkbox"/> MOTIVI FAMILIARI/PERSONALI (MAX GG. 6) <input type="checkbox"/> MATRIMONIO (MAX GG. 15) – RETRIBUITO |
| MATERNITÀ (D.L.vo 151/2001 a norma dell'art. 15 L. 53/2000) | <input type="checkbox"/> INTERDIZIONE PER GRAVI COMPLICANZE DELLA GESTAZIONE ART. 7 (2) <input type="checkbox"/> ASTENSIONE OBBLIGATORIA ARTT. 16 E 17 (1) (2) <input type="checkbox"/> CONGEDO PARENTALE 1-8 ANNI ART. 32 (2) <input type="checkbox"/> CONGEDO PARENTALE MALATTIA FIGLIO ART. 47 (3) |
| <input type="checkbox"/> ASPETTATIVA per motivi di famiglia/studio | |
| <input type="checkbox"/> PERMESSO STUDIO 150H (2) la richiesta va integrata con il modello apposito | |
| <input type="checkbox"/> PERMESSO L.104/92 | |
| <input type="checkbox"/> altro caso previsto dalla normativa vigente (2) | |

➤ Il sottoscritto dichiara che nel predetto periodo sarà reperibile al seguente indirizzo:

(località, via o piazza, n° civico e n° di telefono)

Roma, _____
(data)

(firma del dipendente)

(1) allegare certificato medico

(2) allegare documentazione giustificativa relativa al tipo di assenza

(3) allegare certificato medico rilasciato dallo specialista SSN o con esso convenzionato (art. 47 D. L.vo 151/2001)

Visto si concede:

Il D.S.G.A.
Pasqualina RUSCITO

Il Dirigente Scolastico
Prof.ssa Lucia PRESILLA

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(art. 2 della legge 4 gennaio 1968, n. 15, art.3, comma 10, L.15 marzo 1997 n. 127, art.1, Dpr 20 ottobre 1998 n. 403-)
(artt.46 e 47 D.P.R. 445 del 28/12/2000)

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____ via _____ n° _____
consapevole che in caso di falsa dichiarazione verranno applicate le sanzioni previste dal codice penale,
che comporta inoltre la decadenza dal beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera

D I C H I A R A

(barrare con la x le sole caselle interessate)

che 1 figlio/a _____ è nato/a a _____
(Cognome e Nome)
il _____

ai fini del periodo di congedo parentale richiesto per malattia (art. 47 D.L.vo 151/2001) dal _____
al _____ relativo al/alla figlio/a _____
(Cognome e Nome)

nato/a il _____ a _____ ai sensi dell'art. 51
del D l.vo n. 151/2001 che l'altro genitore non è in astensione dal lavoro negli stessi giorni e per il
medesimo motivo.

di aver usufruito di gg. _____ di permesso retribuito (art. 15 del CCNL 2002/05) dal _____
al _____ per motivi _____

di aver usufruito di gg. _____ di permesso non retribuito (art. 19 commi 7 e 9 del CCNL 2002/05)
dal _____ al _____ per motivi _____

Roma li, _____

IL/LA DICHIARANTE

LA FIRMA NON DEVE ESSERE AUTENTICATA

(Art.2 L.4 gennaio 1968 n.15, art. 3, comma 10, L.15 maggio 1997n. 127)

**La presente dichiarazione sostituisce la normale certificazione ed ha la stessa validità temporale del certificato che
sostituisce.**