

Oggetto: Richiesta di astensione dal lavoro

Il/La sottoscritto/a _____, **Docente** ☐ **ATA** ☐
in servizio presso **Istituto Comprensivo di Cervaro** con contratto **a Tempo Indeterminato** ☐ **Determinato** ☐
presso la scuola di ☐ **Infanzia** ☐ **Primaria** ☐ **Secondaria di 1° grado** di _____

CHIEDE

alla S.V. di poter usufruire dei seguenti periodi di malattia:

- **Malattia** dal _____ al _____ gg.
 - ☐ visita specialistica; ☐ ricovero; ☐ malattia post ricovero
 - ☐ Grave patologia; ☐ Malattia causa di servizio
 - ☐ Stati patologici connessi a situazione di invalidità riconosciuta
- **Maternità** dal _____ al _____ gg.
 - ☐ interdizione per gravi complicanze della gestazione
 - ☐ astensione obbligatoria
 - ☐ malattia bambino 0-3 anni ☐ malattia bambino 4-8 anni
 - ☐ congedo parentale

alla S.V. di poter usufruire dei seguenti periodi di permesso:

dal _____ al _____ totale giorni. _____ di:

- **Recupero ore aggiuntive;** ☐ **Festività soppresse;**
- **Congedo ordinario (Ferie)** ☐ **relativo al corrente a.s.** _____
☐ **maturati e non goduti nel precedente a.s.** _____
- **Permesso retribuito**
 - ☐ **motivi personali/familiari** (compilare la dichiarazione D.P.R.445 del 28/12/2000)
 - ☐ **art.33 lg 104/92. A tal fine dichiaro sotto la propria responsabilità di essere la persona a fruire del diritto in questione e che ad oggi, persiste lo stato di assistenza permanente e continuativo.** ☐ **art.21 L 104/92 (personale).**
 - ☐ **matrimonio;** ☐ **lutto;** ☐ **corso di aggiornamento;** ☐ **diritto allo studio;**
 - ☐ **partecipazione a concorso/esame** ☐ **permesso artistico.**
 - ☐ **permesso retribuito per visita specialistica ad ore (solo personale ATA)**
 - ☐ **altro** _____

Allego/allegherò la seguente documentazione _____

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

(località, via o piazza, n° civico e n° di telefono)
CERVARO, _____
(data) _____ (firma del dipendente)

RISERVATO ALLA SEGRETERIA

La presente è pervenuta in data _____ **Prot. N°** _____

NOTE DEL DIRIGENTE SCOLASTICO

VISTO:

- ☐ **si concede**
☐ **non si concede**

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
(Prof. PIETRO PASCALE)

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)
(art.46 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)

Di ☐ aver usufruito - ☐ voler usufruire di _____giorno/i di permesso retribuito
(ai sensi dell'art. 15 c. 2 del CCNL 2006/2009)

dal _____ al _____

Per i seguenti motivi:

Cervaro, lì, _____

IL/LA DICHIARANTE
