Al Dirigente Scolastico
I.C.20
Via Dante, 3
40125 BOLOGNA

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a il _____ a _____
docente di scuola primaria/secondaria di primo grado, in servizio presso il plesso _____
classe/i _____ orario _____

NOTA: BARRARE LA CASELLINA DI INTERESSE

C H I E D E

di potersi assentare dal servizio dal _____ al _____ per totale mesi _____ giorni _____ fruendo di:

- giorni _____ per MALATTIA, come da allegato certificato medico (CCNL 2016/2018 art.17)
- giorni _____ di PERMESSO RETRIBUITO per motivi personali o familiari documentati (CCNL art.15 comma 2)
- giorni _____ di PERMESSO RETRIBUITO per partecipare al seguente Concorso-Esame (CCNL art.15 c.1 – tot. N. 8 giorni) _____
- giorni _____ di PERMESSO RETRIBUITO per il seguente Lutto (CCNL art.15 c.1 – tot. N. 3 giorni) _____
- giorni _____ di PERMESSO per contrarre MATRIMONIO (CCNL art.15 c.3 – tot. N. 15giorni)
- giorni _____ di CONGEDO PARENTALE (CCNL 29/11/2007 art.12 - d.Lgs.151/2001) a tal fine allega specifica domanda relativamente al tipo di congedo.
- giorni _____ di PERMESSO RETRIBUITO assistere il seguente familiare in situazione di Handicap (CCNL art.15 comma 6) _____
- giorni/mesi _____ di ASPETTATIVA (CCNL art.18) per i seguenti motivi (DI FAMIGLIA/ LAVORO/ PERSONALI/STUDIO): _____
- giorni _____ per FERIE (CCNL art.13 comma 9 – n. 6 giorni). A tal fine comunica che sarà sostituito dal collega in servizio nello stesso plesso. Firma del docente _____

Fa presente che durante l'assenza risiederà in : via/piazza _____ n. _____
tel _____ cap. _____ Località _____ Provincia _____
Eventuale altro recapito telefonico _____

Data, _____

Firma

VISTO: Si concede Non si concede

Il Dirigente Scolastico
Prof. Agostino Tripaldi