

Prot. n° _____ del _____

All'att.ne di
Dirigente Scolastico
IC "Aldo Moro"
Solbiate Olona (Va)

OGGETTO: RICHIESTA DI ASTENSIONE DAL LAVORO

Il/La sottoscritto/a _____
qualifica _____
in servizio presso codesto Istituto nel corrente A. S. con contratto a tempo _____
indeterminato/determinato

CHIEDE

<input type="checkbox"/> FERIE/RECUPERO	<input type="checkbox"/> relative al corrente A. S.	dal _____ al _____
		dal _____ al _____
	<input type="checkbox"/> maturate e non godute nel precedente A.S.	dal _____ al _____
		dal _____ al _____
	<input type="checkbox"/> festività L. 937/1977	dal _____ al _____

<input type="checkbox"/> PERMESSO RETRIBUITO per	<input type="checkbox"/> partecipazione a concorso/esame	<input type="checkbox"/> legge 104/1992
	<input type="checkbox"/> lutto familiare	<input type="checkbox"/> matrimonio
<input type="checkbox"/> PERMESSO NON RETRIBUITO per	<input type="checkbox"/> motivi personali/familiari	<input type="checkbox"/> donazione sangue(AVIS)
	<input type="checkbox"/> diritto allo studio D.P.R. 23 / 08 / 88 n. 395	
Di giorni _____		dal _____ al _____
<input type="checkbox"/> PERMESSO BREVE (DA RECUPERARE)	giorno _____	dalle ore _____ alle ore _____
<input type="checkbox"/> PERMESSO BREVE PER VISITA MEDICA (DA RECUPERARE)	giorno _____	dalle ore _____ alle ore _____
(art. 33 max 18 h annue _ allegare certificazione medica)		

<input type="checkbox"/> MATERNITÀ	<input type="checkbox"/> ast. obbligatoria per gravidanza	<input type="checkbox"/> interdizione per complicanze gestazione
	<input type="checkbox"/> ast. obbligatoria per puerperio	<input type="checkbox"/> congedo parentale figli 1 - 3 ann
	<input type="checkbox"/> ast. facoltativa	<input type="checkbox"/> congedo parentale figli 3 - 8 anni
	<input type="checkbox"/> congedo malattia figli 1 - 3 anni	<input type="checkbox"/> congedo malattia figli 3 - 8 anni
Di giorni _____		dal _____ al _____

<input type="checkbox"/> MALATTIA	Di giorni _____	dal _____ al _____
--	-----------------	--------------------

<input type="checkbox"/> ASPETTATIVA PER MOTIVI DI FAMIGLIA/STUDIO	dal _____	al _____
---	-----------	----------

Il lavoratore dichiara di essere a conoscenza che, ai sensi dell'art. 13, comma 11, del CCNL 2006/09, il personale ATA deve godere di almeno 15 giorni lavorativi continuativi di riposo nel periodo 1 luglio - 31 agosto

__1__ sottoscritt__ comunica che sarà reperibile al seguente indirizzo: _____

Solbiate Olona, _____

Firma dipendente _____

il DSGA è al corrente

SI AUTORIZZA

NON SI AUTORIZZA

Il Dirigente Scolastico Reggente
Prof.ssa Armida Truppi