

Prot. n. _____ / _____ Del _____

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
 DELL'ISTITUTO COMPRENSIVO
 "Giuseppe Mazzini" – Castelfidardo

SEDE

ANNO SCOLASTICO _____

L SOTTOSCRITT _____ IN SERVIZIO NEL PLESSO _____

IN QUALITA' DI _____ A TEMPO _____

CHIEDE DI POTER USUFRUIRE

- FERIE RELATIVE ANNO SCOLASTICO PRECEDENTE **(AI SENSI DELL'ART. 13 DEL CCNL 29.11.2007)**
- FERIE RELATIVE ANNO SCOLASTICO CORRENTE **(AI SENSI DELL'ART. 13 DEL CCNL 29.11.2007)**
- GIORNATE DI FESTIVITA' SOPPRESSE **(AI SENSI DELL'ART. 14 DEL CCNL 29.11.2007)**
- RIPOSO COMPENSATIVO PER LAVORO STRAORDINARIO SVOLTO
- MOTIVI PERSONALI/FAMILIARI DA GIUSTIFICARE (Retribuito / NON Retribuito) (art.31 CCNL 2016/18)

(Dichiarazione ai sensi dell'art.46 DPR 445 del 28/12/2000)

- PERMESSO L.104 (art.32 CCNL 2016/18) --- COGNOME e NOME dell'assistito _____
- SOLO ATA** :VISITE/TERAPIE/ESAMI DIAGNOSTICI (18 ORE/ANNO – art.33 CCNL 2016/18)
- PARTECIPAZIONE A CONCORSI ED ESAMI (Retribuito / NON Retribuito)
- LUTTI FAMILIARI (entro il secondo grado)
- OBBLIGHI LEGALI / CIVILI
- MALATTIA
- DAY OSPITAL / RICOVERO OSPEDALIERO
- ASPETTATIVA (NON Retribuita) PER MOTIVI _____ (di famiglia / di lavoro / motivi personali / di studio)
- PERMESSO BREVE PER IL GIORNO _____ DALLE _____ ALLE _____ = ORE _____
- ALTRO (specificare) _____

DAL _____ AL _____ GG. _____ - DAL _____ AL _____ GG. _____

DAL _____ AL _____ GG. _____ - DAL _____ AL _____ GG. _____

DAL _____ AL _____ GG. _____ - DAL _____ AL _____ GG. _____

IL _____ IL _____ IL _____ IL _____ IL _____ = GG. _____

L SOTTOSCRITT DICHIARA CHE NE _GIORN_ SOPRA INDICAT_ SARA' REPERIBILE AL SEGUENTE INDIRIZZO:

VIA _____ DEL COMUNE DI _____ () TEL. _____

Castelfidardo, _____

FIRMA _____

Parere del DSGA (solo ATA)

Concessione del Dirigente

Favorevole

non si concede

Non Favorevole

si concede

IL DIRETTORE D.S.G.A.

FIDUCIARIO DI PLESSO

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Dott. Alfonso Mendola

(Solo per Docenti)

Prof. Giovanni Sergi