

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
dell'Istituto Comprensivo Statale di Casperia

Il/La sottoscritto/a _____ in servizio presso codesto Istituto nella sede di Casperia, Cottanello, Configni, Roccantica, in qualità di docente AA/ EE / MM A.T.A., con rapporto di lavoro a tempo indeterminato, determinato, **CHIEDE** alla S.V. la concessione di:

mesi		dal	al
------	--	-----	----

giorni		dal	al
--------	--	-----	----

ore		dalle	alle	del giorno
-----	--	-------	------	------------

In conto anno scolastico _____ / _____ per i seguenti motivi:

	Ferie (per il personale docente max 6 giorni durante lo svolgimento delle attività didattiche subordinatamente alla possibilità di sostituzione senza oneri per l'Amministrazione)
--	--

	Festività soppresse (per il personale docente da fruire solo durante i periodi di sospensione delle attività didattiche)
--	--

	Permessi retribuiti per:
	Lutto (3 giorni per evento - parenti entro il 2° grado e affini di 1° grado)
	Partecipazione a concorsi o esami (8 giorni per anno scolastico)
	Motivi personali o familiari (3 giorni per anno scolastico. Per il personale docente utilizzabili anche i 6 giorni di ferie usufruibili durante attività didattiche)
	Permessi Legge 104/92 e successive modifiche (3 giorni al mese o 2 ore giornaliere)
	Matrimonio (15 giorni consecutivi)
	Donazione sangue (24 ore di riposo dal momento del prelievo)
	Giudice Popolare o giudice Conciliatore
	Adempimenti giudiziari (Testimone o imputato nei giudizi civili o penali)
	Permesso sindacale
	Mandato amministrativo o politico (Legge 816/1995 e successive modifiche)

	Permessi brevi (Max metà orario di servizio) (da recuperare entro due mesi compatibilmente con le esigenze di servizio)
--	---

	Malattia
--	----------

	Astensione obbligatoria per maternità		Interdizione per gravi complicanze nella gestazione
--	---------------------------------------	--	---

	Astensione facoltativa entro i primi 8 anni di vita del bambino
--	---

	Astensione per malattia del bambino entro i primi 3 anni di vita del bambino
--	--

	Astensione per malattia del bambino entro i primi 8 anni di vita del bambino (dal 3° all'8°)
--	--

	Aspettativa per motivi di famiglia
--	------------------------------------

	Aspettativa per motivi di studio
--	----------------------------------

--	--

--	--

	DOCUMENTAZIONE ALLEGATA:		CERTIFICATO MEDICO		
	DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE:				

Data _____

IL / LA RICHIEDENTE