##### 

##### AL DIRIGENTE SCOLASTICO

DELL’ISTITUTO COMPRENSIVO

DI VILLA D’ALME’

# Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_

in servizio presso questo Istituto - SCUOLA PRIMARIA/SECONDARIA I° GRADO di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in qualità di □ docente □ A.T.A a TEMPO INDETERMINATO / DETERMINATO fino al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CHIEDE / COMUNICA di assentarsi dal servizio

dal \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ per complessivi gg. \_\_\_\_\_\_\_ per il seguente motivo:

dal \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ per complessivi gg. \_\_\_\_\_\_\_ per il seguente motivo:

□ MALATTIA (1) l'assenza è imputabile ad un terzo responsabile SI □ NO □

domicilio durante la malattia a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_\_

□ MALATTIA VISITA MEDICA ED ESAMI

□ MALATTIA RICOVERO

□ MALATTIA RICOVERO DAY-HOSPITAL o DAY-SURGERY

□ MALATTIA CONVALESCENZA POST RICOVERO

□ GRAVE PATOLOGIA (con terapie invalidanti)

□ PERMESSI ORARI MALATTIA VISITA MEDICA-ESAMI (solo personale ATA) dalle ore \_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_ per n.\_\_\_ ore

----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

□ PERMESSO PER

□ PERMESSO PER DONAZIONE SANGUE

□ PERMESSO PER VACCINO ANTICOVID19 - D.L. 41/2021 art.31 c.5

□ PERMESSO PER PARTECIPAZIONE CONCORSI ED ESAMI

□ PERMESSO PER MATRIMONIO

□ PERMESSO PER CONSIGLIERE COMUNALE

□ PERMESSO PER LUTTO

□ PERMESSO SINDACALE n. ore \_\_\_\_\_\_\_\_ dalle ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ PERMESSO ELETTORALE

□ PARTECIPAZIONE INIZIATIVE DI FORMAZIONE (art.64 CCNL 29/11/2007)

□ PERMESSI ORARI MOTIVI PERSONALI-FAMILIARI (solo personale ATA) dalle ore \_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_ per n.\_\_\_ ore

----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

□ ASPETTATIVA PER MOTIVI DI FAMIGLIA

□ ASPETTATIVA PER MOTIVI PERSONALI

□ ASPETTATIVA PER MOTIVI DI STUDIO

----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

□ INTERDIZIONE DAL LAVORO PER GRAVI COMPLICANZE DELLA GRAVIDANZA

□ CONTROLLI PRENATALI art. 14 D.Lgs 151/2001

□ CONGEDO DI MATERNITA’ (Astensione obbligatoria) artt. 16 e 17 D.Lgs 151/2001

□ CONGEDO PARENTALE (Astensione facoltativa) art.32 D.Lgs 151/2001 **(\*)**

□ CONGEDO PER MALATTIA DEL FIGLIO INF. 3 ANNI art. 47 comma 1 D.Lgs 151/2001 **(\*)**

□ CONGEDO PER MALATTIA DEL FIGLIO DAI 3 AGLI 8 ANNI art. 47 c.2 D.Lgs 151/2001 **(\*)**

**(\*)** figlio/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

#### Allega alla presente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Allegherà alla presente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Per la malattia la data deve coincidere con il primo giorno di assenza.

\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

data firma del dipendente

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

Riservato all'Ufficio

Disposizione prot.n.\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_ del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_

Decreto n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Dott.ssa MARTA BEATRICE ROTA