

**Oggetto: Richiesta assenza per:**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  Docente  A.T.A.  
(Cognome e Nome) (qualifica)

in servizio presso codesto Istituto nel corrente a.s. con contratto a tempo:  Indeterminato  Determinato

nelle classi (solo per i docenti): \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

alla S.V. di poter usufruire per il periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ di complessivi n° \_\_\_\_\_ giorni di:

|   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> <b>congedo per malattia del figlio</b> (art. 47 D.L.26/03/2001 n.151, art.12 CCNL 2006/2009) |   |
| <input type="checkbox"/> <b>congedo per assistenza a familiare con handicap in situazione di gravità.</b>             |   |
| <input type="checkbox"/> <b>Ferie</b>   | <input type="checkbox"/> Anno precedente [ ] anno corrente  |
| <input type="checkbox"/> <b>permesso retribuito per *</b>   | <input type="checkbox"/> partecipazione a concorso/esame  |
| <input type="checkbox"/> <b>permesso non retribuito per *</b><br>(personale assunto a Tempo det.)                     | <input type="checkbox"/> matrimonio   |
|   | <input type="checkbox"/> lutto familiare  |
|   | <input type="checkbox"/> permesso per convegni/congressi  |
|   | <input type="checkbox"/> motivi familiari/personali giorni già goduti: _____                              |
|   | <input type="checkbox"/> formazione/aggiornamento   |
|   | <input type="checkbox"/> per testimoniare in giudizio<br>(Artt. 196 e 198 C.P.P. E Art. 250 e 255 C.P.C.) |
| <input type="checkbox"/> <b>malattia</b>  | <input type="checkbox"/> day hospital – ricovero  |
|   | <input type="checkbox"/> visita medica  |
|   | <input type="checkbox"/> gravi patologie  |
| <input type="checkbox"/> <b>aspettativa per motivi di:</b>  | <input type="checkbox"/> famiglia   |
|   | <input type="checkbox"/> personali  |
|   | <input type="checkbox"/> studio   |
|   | <input type="checkbox"/> lavoro   |
| <input type="checkbox"/> <b>legge 104 (intera giornata)</b>   | <input type="checkbox"/> giorni già goduti nel mese: _____  |
| <input type="checkbox"/> <b>infortunio</b>  |   |
| <input type="checkbox"/> <b>altro caso previsto dalla normativa vigente (*)</b> _____                                 |   |
| <input type="checkbox"/> <b>RECUPERO</b>  |   |

**AUTOCERTIFICAZIONE** (solo per richieste Permessi retribuiti e non)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Il sottoscritto dichiara che nel predetto periodo sarà reperibile al seguente indirizzo: \_\_\_\_\_

(località, via o piazza, n° civico e n° di telefono)

Buccino, \_\_\_\_\_  
(data)

\_\_\_\_\_  
(firma del dipendente)

(\*) allegare documentazione giustificativa

(\*\*) allegare certificazione medica

|   |   |
|---|---|
| <b>VISTO:</b><br>si concede<br>non si concede | <b>Il Dirigente Scolastico</b><br>Dott. ssa Rosangela LARDO |
|---|---|

Il trattamento dei dati personali "sensibili o giudiziari" è effettuato in base al D. 7 dicembre 2006, n° 305 del M.P.I. "Regolamento recante identificazione dei dati sensibili e giudiziari trattati e delle relative operazioni effettuate dal Ministero della Pubblica Istruzione, in attuazione degli artt. 20 e 21 del D. L.vo. 30 giugno 2003, n° 196 recante "Codice in materia di protezione dei dati personali".

Emesso da: Ufficio Personale/Rds