# logo ambito.jpgISTITUTO COMPRENSIVO “*VIA RUGANTINO 91*” – ROMA

*Scuola dell’Infanzia – Primaria – Secondaria di Primo Grado*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Mod 2 PERSONALE** | Anno Scolastico20\_\_/20\_\_ |  | ATA |  | DOCENTE SCUOLA |  | INFANZIA |
| Roma \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ |  | PRIMARIA |
|  | SECONDARIA DI PRIMO GRADO |
| OGGETTO: **Assenze a tempo indeterminato** |

Al Dirigente Scolastico

dell’I.C. Via del Rugantino 91

Roma

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_ (Prov. \_\_\_) il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_

in servizio presso questa scuola in qualità di DOCENTE – PERSONALE A.T.A. con contratto a tempo indeterminato

***CHIEDE/COMUNICA ALLA S.V.***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Assenza per**: |  | **malattia** (art. 17) |
|  | **visita specialistica alle ore: \_\_:\_\_** |
|  | **Ferie** (art. 13 comma 1: gg.32 / comma 3: gg. 30) |
|  | **Ferie** (art. 13 comma 9: gg. 6) |
|  | **Permessi retribuiti:** | art.15 comma 1 |  | gg. 8 concorso/esami (¹) |
|  | gg. 3 lutto (²) |
| art.15 comma 2 |  | gg. 3 motivi personali/familiari |
| art.15 comma 3 |  | gg. 15 matrimonio |
|  | **Permessi sindacali retribuiti** (art. 8 comma 1-2 CCNQ 1998): |
|  | **Congedo parentale**: |  | **art. 12 comma 4** Astensione facoltativa 6 mesi entro il 3°anno di età del bambino(1° mese al 100% restanti al 30%) |
|  | **art. 12 comma 5** Malattia del bambino fino a tre anni d’età(1°mese al 100% -per ogni anno d’età del bambino) |
|  | **art.12 comma 5** Malattia del bambino da 3 a 8 anni(n. 5 gg. all’anno senza assegni) |

Dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ n. gg.\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Per assenza malattia allega**: certificato medico, attestazione medica per visita specialistica, certificato per ricovero ospedaliero |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Permessi retribuiti motivazione** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(allega documentazione giustificativa o autocertificazione) |

Durante il predetto periodo risiederà in \_\_\_\_\_\_\_ Tel.\_\_\_\_\_ Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Int.\_\_\_\_ sc. \_\_ Cap \_\_\_ ASL \_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| *BARRARE LA VOCE CHE INTERESSA**(1) Specificare**(2) Perdita del coniuge**di parenti entro il 2° grado e di affini di 1° grado* | Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_La veridicità della firma è confermata dall’indirizzo della posta elettronica presente nell’anagrafica della segreteria digitale |

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*VISTO: Si autorizza*