

Il sottoscritt _____ nat _____ a _____

il ____/____/____ docente / personale ATA assunto con contratto a tempo indeterminato / determinato

in servizio presso ISTITUTO COMPRENSIVO "G. VERGA" di Vizzini, comunica che si assenterà

dal _____ al _____ | dal _____ al _____ | dal _____ al _____

per complessivi giorni _____ per:

MALATTIA
(Art. 17 CCNL 2006/09)

- (1) MALATTIA (Prot. telematico n. _____) VISITA SPECIALISTICA
 DAY – HOSPITAL RICOVERO
 POST RICOVERO GRAVE PATOLOGIA (Art. 17 c. 9 CCNL 29/11/2007)

PERMESSI
RETRIBUITI
(Art. 15 CCNL 2006/09)

- CONCORSO ED ESAMI (Art. 15)* (1) LUTTO (art. 15) * (1) – (2)
 MOTIVI PERSONALI (Art. 15 c.2) * (1) – (2) FERIE (Art. 15 c. 2 e art. 13 c. 9) * (1) – (2)
 MATRIMONIO (Art. 15 c. 3) * (1) – (2) Altri motivi * _____(1)–(2)

PERMESSI LEGGE 104/92 (Art. 33, commi 2, 3, 4 Legge 104/92; Art. 12 CCNL 2006/2009; Art. 42 del TU n. 151/01)

se stesso Familiare assistito: _____

Permessi
Studio
(150 ORE)

- PER SOSTENERE ESAMI per complessive ore _____ (1)
 PER STUDIO PERSONALE per complessive ore _____ (2)

INFORTUNIO SUL LAVORO (1)

RIPOSO COMPENSATIVO PER STAORDINARIO PRESTATO

FERIE PERSONALE ATA Precedente anno scolastico Corrente anno scolastico

Durante il periodo di assenza sarà reperibile al seguente indirizzo: _____
(CITTA')

Via _____ n. _____ - Tel.: _____

(1) Allega alla presente la seguente documentazione: _____

(2) Modello Autocertificazione.

Vizzini ____/____/____

_____ (firma)

* VISTO:

SI CONCEDE NON SI CONCEDE



Il Dirigente Scolastico Reggente
(Prof. Gaetano Iudica)