\

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

DELL’ IIS “ F. FERRARA”

 MAZARA DEL VALLO

Il/la sottoscritto/a .................................................................................................... in servizio presso codesto

Istitutoin qualità di:coll. Scolastico  ass. amm.vo  ass.tecnicoDsga

**con contratto a tempo  indeterminato  determinato**

**C H I E D E**

 **di assentarsi** per gg dal al

 dal al

 dal al

 **Permesso Breve** *(ai sensi dell’art. 16 del C.C.N.L. 2006/2009)*

 ***per:*** *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

 per n° ore (Max 3) dalle ore alle ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_del giorno\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ferie** *(ai sensi dell’art. 13 o 19\* del C.C.N.L. 2006/2009****)*  a.s. precedente  a.s. corrente**

 **Festività Soppresse** *(previste dalla legge 23/12/1977, n° 937)*

 **Recupero** ore eccedenti già prestate - dalle ore alle ore\_\_\_\_\_\_\_\_ del giorno\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **Malattia**  *(art. 17 o 19 \*del C.C.N.L. 2006/2009)-* ***Prot. cert. n°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

** Malattia**

..L.. sottoscritta/o è a conoscenza che deve essere reperibile nel domicilio comunicato, in ciascun giorno, anche se domenicale o festivo, dalle ore 09.00 alle ore 13.00 e dalle ore 15.00 alle ore 18.00.

E’ inoltre a conoscenza che qualora debba allontanarsi per visite mediche, prestazioni o accertamenti, deve darne preventiva comunicazione a codesto ufficio.

** Visita Specialistica -  Ricovero Ospedaliero -  Analisi Cliniche -  Grave Patologia**

 **Permesso Retribuito per Motivi Personali / Familiari** *(ai sensi dell’art. 15 c. 2 primo periodo del C.C.N.L.*

*2006/2009) per:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

..L.. sottoscritta/o è consapevole che in caso di falsa dichiarazione verranno applicate le sanzioni previste dal codice penale , che comporta inoltre la decadenza dal beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera

 **Permesso Retribuito** *(art. 15 del C.C.N.L. 2006/09)* ** Concorsi / Esami -  Lutto -  Matrimonio**

*per:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

..L.. sottoscritta/o è consapevole che in caso di falsa dichiarazione verranno applicate le sanzioni previste dal codice penale , che comporta inoltre la decadenza dal beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera

 **Permesso Retribuito**  per grave infermità del coniuge o di un parente entro il 2 grado *(ai sensi dell’art. 4 Comma 1 legge 53/2000) per :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

..L.. sottoscritta/o è consapevole che in caso di falsa dichiarazione verranno applicate le sanzioni previste dal codice penale , che comporta inoltre la decadenza dal beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera

 **Permesso Retribuito Legge 104/92 - giorni già goduti nel mese:  1 -  2 -  3**

 **Donazione Sangue** ( ai sensi della L. 13707/1967 n. 584)

 **Permesso NON Retribuito per Concorsi ed Esami\***  *(ai sensi dell’art. 19 c.7 del C.C.N.L. 2006/2009): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

 **Permesso NON Retribuito per Motivi Personali / Familiari** \**(ai sensi dell’art. 19 c. 7 del C.C.N.L. 2006/2009) per :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

..L.. sottoscritta/o è consapevole che in caso di falsa dichiarazione verranno applicate le sanzioni previste dal codice penale , che comporta inoltre la decadenza dal beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera

 **Aspettativa per Motivi di**: *(ai sensi dell’art. 18 del C.C.N.L. 2006/2009):*

** FAMIGLIA -  LAVORO -  PERSONALI -  STUDIO**

 **Infortunio sul Lavoro e Malattia dovuta a causa di Servizio** *(ai sensi dell’art. 20 del C.C.N.L. 2006/09)*

**Permesso Retribuito per Formazione e / o Aggiornamento***, (ai sensi dell’art. 64 del C.C.N.L. 2006/09)*

 *per partecipazione alla iniziativa promossa da\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Soggetto qualificato per la formazione del personale della Scuola ai sensi dell’art. 67 CCNL e della direttiva*

*MIUR n. 90/2003 sul tema: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

 **Permesso NON Retribuito per Formazione e / o Aggiornamento \****, (ai sensi dell’art. 64 del C.C.N.L.*

*2006/09) per partecipazione alla iniziativa promossa da\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Soggetto qualificato per la formazione del personale della Scuola ai sensi dell’art. 67 CCNL e della direttiva*

*MIUR n. 90/2003 sul tema: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

***Diritto allo Studio****( ai sensi dell’art. 3 DPR 23/08/1988 n. 395)*

 **Altro caso previsto dalla Normativa Vigente**:

 SI ALLEGA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Mazara del Vallo lì,**

**Con Osservanza**

*Personale a tempo determinato*

**==============================================================================**

**RISERVATO AL DSGA**

 **Nulla Osta**  **Osta per**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il DSGA

Rag Antonina Alcamo

**==============================================================================**

**RISERVATO AL DIRIGENTE SCOLASTICO**

**Vista la domanda,**  S**i autorizza**  N**on si autorizza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

IL DIRIGENTE SCOLASTICO (Caterina Licia Ingrasciotta)

**EVENTUALI ANNOTAZIONI DEL CAPO D’ ISTITUTO*:*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**==============================================================================**

**RISERVATO ALLA SEGRETERIA**

**Prot. n°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

l dipendente ha già fruito di complessivi giorni \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nel corso

del corrente A.S. \_\_\_\_\_\_\_\_ -  documentazione giustificativa -  certificazione medica

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

 l’Assistente amm.vo addetto al controllo