



V CIRCOLO DIDATTICO "GIOVANNI PALATUCCI"

Via F. Scandone, 62 83100 Avellino - Telefono Fax 0825 38529

Il/la sottoscritt_____

in qualità di_____

in servizio presso la scuola dell'Infanzia scuola Primaria _____

del plesso_____ con turno_____

CHIEDE

Alla S.V. di assentarsi per gg.____ dal_____ al_____ per il seguente motivo:

- MALATTIA
- VISITA SPECIALISTICA (ai sensi dell'art. 69 CCNL 2019/2021)
- FERIE (ai sensi dell'art. 38 CCNL 2019/2021 e art. 13 CCNL 2007) anno precedente a.s. corrente
- FESTIVITA' SOPPRESSE (previste dalla Legge 23/12/1977 n. 937)
- RECUPERO ORE
- PERMESSO RETRIBUITO (ai sensi dell'art. 67 del CCNL 2019/2021) per:
- concorso esami studio motivi personali/familiari lutto matrimonio
- MATERNITA' per:
- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> complicanza gestazione | <input type="checkbox"/> astensione obbligatoria ante parto |
| <input type="checkbox"/> astensione obbligatoria post parto | <input type="checkbox"/> congedo parentale 1-8 anni bambino/a (ex astensione facoltativa) |
| <input type="checkbox"/> malattia del bambino/a 1° anno | <input type="checkbox"/> malattia del bambino/a 2° anno |
| <input type="checkbox"/> malattia del bambino/a 3° anno | |
- LEGGE 104/1992
- ASPETTATIVA PER MOTIVI DI FAMIGLIA / STUDIO- DPR n.3/1957
- PERMESSO SINDACALE
- PARTECIPAZIONE AD ASSEMBLEA SINDACALE
- altro caso previsto dalla normativa corrente_____
- PERMESSO ORARIO del giorno_____ dalle ore_____ alle ore_____ tot. ore_____

Durante il periodo di assenza il/la sottoscritt_ sarà domiciliato/a

in_____

Si allega:

- Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (art47D.P.R. n. 445/2000)
- certificato medico

Avellino, li_____

Firma

Vista la domanda si concede
 non si concede

Il Dirigente Scolastico
Prof.ssa Maria Rosaria Siciliano

Codice meccanografico AVEE00500B - C.F. 80011010644