

Del:

Il sottoscritto

(Nome, Cognome e qualifica)

in servizio presso codesto Istituto nel corrente A.S.  con contratto a tempo  determinato  indeterminato

**CHIEDE**

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

<input type="checkbox"/> ferie art.13 comma 1 CCNL 2007	<input type="checkbox"/> relative al corrente A.S.
<input type="checkbox"/> ferie art.13 comma 9 CCNL 2007	<input type="checkbox"/> maturate e non godute nel precedente A.S.
<input type="checkbox"/> permessi retribuiti per motivi personali o familiari art. 15 comma 2 CCNL 2007	
<input type="checkbox"/> festività soppresse previste dalla legge 23/12/1977, n° 937	
<input type="checkbox"/> recupero ore <input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> permesso retribuito per (**)	<input type="checkbox"/> partecipazione a concorso/esame
	<input type="checkbox"/> lutto familiare
	<input type="checkbox"/> motivi familiari/personali
	<input type="checkbox"/> matrimonio
<input type="checkbox"/> maternità	<input type="checkbox"/> interdizione per gravi complicanze della gestazione (*)
	<input type="checkbox"/> astensione obbligatoria (*)
	<input type="checkbox"/> astensione facoltativa (L.1204/71, art. 7 comma 1°) (*)
	<input type="checkbox"/> astensione facoltativa (L.1204/71, art. 7 comma 2°) (*)
<input type="checkbox"/> malattia (*) <b>PROT. CERT.</b> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> visita specialistica (**)
<input type="checkbox"/> legge 104 / 92	<input type="checkbox"/> altro caso previsto dalla normativa vigente (*)

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

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

Le informazioni sul trattamento dei suoi dati personali esercitato dall'Istituto e le modalità per l'esercizio dei suoi diritti sono disponibili all'indirizzo:

<https://www.isiss-magarotto.edu.it/privacy.html>

 ,  /  / 

(luogo e data)

(firma del dipendente)

(\*) **allegare documentazione giustificativa**(certificato medico, autocertificazione,documenti giustificativi, etc..)

(\*\*) **allegare: autocertificazione, giustificativo della visita/esami, certificato del medico curante.**

**RISERVATO ALLA SEGRETERIA**

La presente è pervenuta in data  a mezzo

Il dipendente ha già usufruito di complessivi n°  giorni/ore di

Nel corso:  del corrente A.S.  del precedente A.S.  del triennio

Il dipendente ha a disposizione complessivi n°  giorni/ore di

del corrente A.S.  del precedente A.S.  del triennio

documentazione giustificativa allegata:

certificazione medica allegata:

(l'Assistente Amministrativo addetto al controllo)

(Il Direttore dei Servizi G. A.)



**NOTE DEL DIRIGENTE SCOLASTICO**

**VISTO:**

si concede

Dirigente Scolastico – Rettore

non si concede