

___ L ___ sottoscritt ___ _____ in servizio presso questa Istituzione Scolastica nel corrente A. S. 2023/2024
(COGNOME E NOME)

in qualità di _____ **PLESSO** _____ con contratto a tempo _____,

CHIEDE

alla S. V. di assentarsi dal servizio per il seguente motivo, ai sensi del CCNL 29/11/2007, CCNL 19/04/2018 e CCNL 18/01/2024

<input type="checkbox"/> Malattia <input type="checkbox"/> Malattia - Invalidità/Causa Serv Tab A ed E D.P.R. 834/81 <input type="checkbox"/> Malattia Ricovero ospedaliero/day hospital (Si allega certificato ricovero e/o dimissioni) <input type="checkbox"/> Permesso retribuito ALLEGARE MODELLO AUTOCERTIFICAZIONE	<input type="checkbox"/> Malattia Visita specialistica (si riserva di allegare attestazione/certificato, anche in ordine all'orario, di effettuazione della visita) <input type="checkbox"/> Infortunio sul lavoro <input type="checkbox"/> partecipazione a concorsi ed esami <input type="checkbox"/> lutti familiari <input type="checkbox"/> motivi personali/familiari <input type="checkbox"/> matrimonio <input type="checkbox"/> diritto allo studio (150 ore) <input type="checkbox"/> partecipazione a iniziative di aggiornamento/convegni Amm.ne <input type="checkbox"/> fruizione del diritto alla formazione <input type="checkbox"/> Permesso non retribuito <input type="checkbox"/> Permesso L. 104/92 art. 21 <input type="checkbox"/> permesso donatori di sangue <input type="checkbox"/> congedo di maternità (ex astensione obbligatoria) (Si allega copia del Certificato medico con data presunta del parto) <input type="checkbox"/> aspettativa senza assegni <input type="checkbox"/> ferie <input type="checkbox"/> relative all'a. s. corrente 2023/2024 <input type="checkbox"/> non godute nell'a. s. 2022/2023 <input type="checkbox"/> riposo compensativo per lavoro straordinario <input type="checkbox"/> A. S. precedente (entro 90 gg nuovo A. S. giorni sospensione attività didattiche) <input type="checkbox"/> A. S. Corrente 2023/2024
<input type="checkbox"/> Malattia Visita specialistica (si riserva di allegare attestazione/certificato, anche in ordine all'orario, di effettuazione della visita)	
<input type="checkbox"/> partecipazione a concorsi ed esami <input type="checkbox"/> lutti familiari <input type="checkbox"/> motivi personali/familiari <input type="checkbox"/> matrimonio <input type="checkbox"/> diritto allo studio (150 ore) <input type="checkbox"/> partecipazione a iniziative di aggiornamento/convegni Amm.ne <input type="checkbox"/> fruizione del diritto alla formazione	
<input type="checkbox"/> Permesso non retribuito	
<input type="checkbox"/> Permesso L. 104/92 art. 21 <input type="checkbox"/> Permesso L. 104/92 art. 33 - <input type="checkbox"/> Allega autocertificazione	
<input type="checkbox"/> permesso donatori di sangue <input type="checkbox"/> permesso per gravi motivi personali/familiari (l. 53/2000 art. 4 c. 1)	
<input type="checkbox"/> congedo di maternità (ex astensione obbligatoria) (Si allega copia del Certificato medico con data presunta del parto)	<input type="checkbox"/> interdizione per gravi complicazioni nella gestazione (Si allega copia certificato medico e copia istanza Ispettorato del Lavoro)
<input type="checkbox"/> congedo di paternità obbligatorio (D. Lgs. 105/2022)	
<input type="checkbox"/> aspettativa senza assegni <input type="checkbox"/> per motivi di famiglia o personali <input type="checkbox"/> motivi di studio e ricerca	
<input type="checkbox"/> ferie <input type="checkbox"/> relative all'a. s. corrente 2023/2024 <input type="checkbox"/> non godute nell'a. s. 2022/2023 <input type="checkbox"/> riposo compensativo per lavoro straordinario <input type="checkbox"/> A. S. precedente (entro 90 gg nuovo A. S. giorni sospensione attività didattiche) <input type="checkbox"/> A. S. Corrente 2023/2024	
<input type="checkbox"/> permesso sindacale <input type="checkbox"/> convocazione Tribunale (per motivi legati all'Amm.ne) <input type="checkbox"/> Altro caso previsto dalla normativa vigente (specificare) _____	
SOLO PERSONALE ATA	
<input type="checkbox"/> Permesso orario retribuito per motivi personali o familiari (art. 67 CCNL 2024) <input type="checkbox"/> ore _____ <input type="checkbox"/> giorni _____ <input type="checkbox"/> Allega autocertificazione	<input type="checkbox"/> Permesso L. 104/92 art. 33 (art. 68 CCNL 2024) <input type="checkbox"/> ore _____ <input type="checkbox"/> giorni _____ Allega autocertificazione
<input type="checkbox"/> Permesso retribuito per espletamento di visite, terapie, prestazioni specialistiche, esami diagnostici (art. 69 CCNL 2024) <input type="checkbox"/> ore _____ <input type="checkbox"/> giorni _____	

dal ___/___/___ al ___/___/___ per giorni ___ dal ___/___/___ al ___/___/___ per giorni ___.

dal ___/___/___ al ___/___/___ per giorni ___ dal ___/___/___ al ___/___/___ per giorni ___.

Rizziconi, li ___/___/___

FIRMA _____

Visto parere favorevole parere non favorevole

Il DSGA _____

Visto si autorizza non si autorizza

**Il Dirigente Scolastico
Dott. Giuseppe Romeo**