

___ Il/La sottoscritto/a _____ in servizio c/o _____
in qualità di _____ a T.D. - T.I.
chiede N° _____ giorni dal _____ al _____ di:

MALATTIA

Visita Specialistica

Comunica che durante l'assenza la propria dimora sarà in _____

Si riserva di allegare certificato medico

Allega Certificato medico.

Infortunio

Aspettativa per famiglia o studio

PERMESSO :

per matrimonio (*max 15 gg.*)

per concorsi ed esami (*pers. T.I. gg.8 - pers. T.D. gg. 6*) diritto allo studio "150" ore

per motivi personali e familiari (*max 3 gg.*)-*ore di servizio* _____

per donazione sangue (L. 107 art. 13)

per obblighi civili e legali - elettorali

per permesso sindacale

per lutto (*max 3 gg. per evento: coniuge o convivente, parenti entro il 2° grado, affini 1° grado*)

per partecipazione ad iniziative di aggiornamento riconosciute dall'amministrazione

per L. 104/92 (*per il personale in situazione di handicap o familiare*)

MATERNITA'

interdizione anticipata dal lavoro per gravi complicanze della gestazione e allega :

copia certif. medico di gravidanza

copia istanza prodotta all'Ispett. Del Lavoro con ricevuta

esami, visite specialistiche o accertamenti clinici **prenatali** in orario di servizio (*D.Lgs. 645/96*)

astensione obbligatoria per maternità, affidamento o adozione (*L. 1204/71-L. 903/77-L. 53/00*)

astensione facoltativa per maternità, con preavviso di almeno 15 gg.

(*cognome e nome* _____, *data di nascita* _____ *del* ___ *figli* ___)

entro il 3° anno di età (*retrib.: al 100% per 30 gg., restanti al 30%*)

dopo il 3° anno ed entro l'8° anno di età (*non retrib. se il reddito è sup. a 2,5 volte l'imp.trattam.min. pens. INPS*)

allattamento con allegato:

certif. nascita figlio/a

dich. del coniuge di rinuncia per lo stesso periodo

dich. che il coniuge è/non è lavoratore dipendente

malattia *del* ___ *figli* ___, fruibile in alternativa al coniuge e da documentare (*art.7.4*)

Entro il 3° anno di età (*retrib.: al 100% per 30 gg., restante periodo non retribuito*)

dopo il 3° anno ed entro l'8° anno di età (*non retribuito - max 5 gg. all'anno*)

Allegare : dichiarazione del coniuge di non fruizione di astensione facoltativa o malattia figlio nello stesso periodo.

dichiarazione di entrambe i genitori dei periodi già fruiti

FERIE

durante l'anno scolastico - max gg. 6 per i docenti - (vedi retro per sostituzioni)

festività soppresse (max 4 giorni)

recupero il _____ da recuperare il _____

Campagna Lupia, _____

Firma _____

Visto : si concede

non si concede

IL D.S.G.A.
Roberta Terrin Ferrin

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof. Raineri Chinellato

Dichiara che verrà sostituito dai seguenti colleghi:

Giorno _____

1^ ora	Classe _____	Docenti _____	Firma Docente supplente _____
2^ ora	Classe _____	Docenti _____	Firma Docente supplente _____
3^ ora	Classe _____	Docenti _____	Firma Docente supplente _____
4^ ora	Classe _____	Docenti _____	Firma Docente supplente _____
5^ ora	Classe _____	Docenti _____	Firma Docente supplente _____

Giorno _____

1^ ora	Classe _____	Docenti _____	Firma Docente supplente _____
2^ ora	Classe _____	Docenti _____	Firma Docente supplente _____
3^ ora	Classe _____	Docenti _____	Firma Docente supplente _____
4^ ora	Classe _____	Docenti _____	Firma Docente supplente _____
5^ ora	Classe _____	Docenti _____	Firma Docente supplente _____

Giorno _____

1^ ora	Classe _____	Docenti _____	Firma Docente supplente _____
2^ ora	Classe _____	Docenti _____	Firma Docente supplente _____
3^ ora	Classe _____	Docenti _____	Firma Docente supplente _____
4^ ora	Classe _____	Docenti _____	Firma Docente supplente _____
5^ ora	Classe _____	Docenti _____	Firma Docente supplente _____
6^ ora	Classe _____	Docenti _____	Firma Docente supplente _____
7^ ora	Classe _____	Docenti _____	Firma Docente supplente _____
8^ ora	Classe _____	Docenti _____	Firma Docente supplente _____