

**Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo di GATTEO**

Il/Lasottoscritto/a _____

A.T.A. con contratto di lavoro a tempo determinato / indeterminato in servizio nel
plesso di Gatteo / S. Angelo / Gatteo Mare **CHIEDE**

di poter usufruire **dal** _____ **al** _____ **per n. giorni** _____ **di:**

Ferie { relative al corrente anno scolastico
 maturate e non godute nel precedente anno scolastico

Recupero festività soppresse (Legge 23 dicembre 1977, n. 937) (gg. 4 all'anno)

Recupero

Permesso retribuito (Art. 15 CCNL) per { partecipazione a concorso/esame (gg. 8 all'anno) (a)
 motivi personali/familiari (gg. 3 all'anno) (a)
 altro: _____

Permesso retribuito Diritto studio (DPR 395/88)

Permesso non retribuito (Art. 19 CCNL) per { partecipazione a concorso/esame (gg. 8 all'anno) (a)
 motivi personali/familiari (gg. 6 all'anno) (a)
(personale con contratto a termine)

Malattia (Art. 17 CCNL) per { motivi di salute (documentare con certificato medico) (b)
 prestazioni specialistiche (certificazione medica) (c)
 accertamento diagnostico (c)

Permesso retribuito per agevolazione a portatori di handicap (Legge 104/1992: gg.3 al mese) specificando la motivazione

Permesso per formazione/aggiornamento (Art.64 CCNL: gg.5) (a)

Lutto (Art. 15 e Art. 19 CCNL: gg. 3 ad evento) (a)

Matrimonio (Art. 15 e Art. 19 CCNL: gg. 15 consecutivi) (a)

Congedo non retribuito per eventi e cause particolari (decesso o gravi patologie di familiari) (Art. 4 L. 53/2000) (a)

Aspettativa non retribuita per motivi di famiglia/studio (Art. 18 CCNL) (a)

Maternità (Art. 12 CCNL) per { astensione obbligatoria per complicanze nella gestazione
 astensione obbligatoria
 riduzione orario per allattamento
 congedo per malattia del figlio
Cognome/Nome/Data di nascita _____

Permesso sindacale

Permesso per funzione elettorale o per esercizio del voto

Obblighi legali/civili

Altro caso previsto dalla normativa vigente _____

Permesso breve il giorno _____ **dalle ore** ____ **alle ore** ____ **motivo** _____ (d)

Gatteo, _____

(firma del dipendente)

VISTO: **SI AUTORIZZA**

NON SI AUTORIZZA

Il Dirigente Scolastico
Prof.ssa Imelda LAMBERTINI

- (a) Compilare la parte 1 sul retro ad autocertificazione, specificando la motivazione della richiesta
- (b) Segnalare eventuali variazioni per reperibilità visita fiscale in parte 2 sul retro
- (c) Inviare certificazione medica attestante che la visita e/o il trattamento specialistico non potevano essere effettuati fuori dell'orario di servizio, con indicazione del tempo reso necessario per la prestazione
- (d) Il recupero deve avvenire entro i due mesi successivi alla fruizione in relazione alle esigenze di servizio

1) Dichiarazione sostitutiva di certificazione (art.46 D.P.R. 445 del 28/12/2000)

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a

a _____ il _____, residente a _____ via _____ n° _____,

a conoscenza di quanto prescritto dall'art. 26 della Legge n. 15/1968 sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, e dall'art. 11, comma 3, del D.P.R. 20/10/98, n. 403 sulla decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, ai sensi e per gli effetti della citata legge n. 15/68, del D.P.R. n. 403/98 e sotto la propria responsabilità **DICHIARA**

2) Segnalazione variazione dimora abituale durante la malattia

Diverso indirizzo

Reperibilità per visita fiscale nelle fasce orarie 10.00-12.00 e 17.00-19.00

Data _____

(Firma per esteso e leggibile)