

Il/Lasottoscritto/a _____

- Docente : scuola infanzia/ primaria/ secondaria con contratto di lavoro a tempo
 determinato / indeterminato in servizio nel plesso di Gatteo / S. Angelo / Gatteo Mare

CHIEDE / DICHIARA

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

Ferie e Festività soppresse

- relative al corrente a.s. durante periodi di attività didattica (gg.6 all'anno) (a)

Permesso retribuito (Art. 15 CCNL) per

- partecipazione a concorso/esame (gg. 8 all'anno) (b)
 motivi personali/familiari (gg. 3 all'anno) (b)
 altro: _____

Permesso retribuito Diritto studio (DPR 395/88)

Permesso non retribuito (Art. 19 CCNL) per (personale con contratto a termine)

- partecipazione a concorso/esame (gg. 8 all'anno) (b)
 motivi personali/familiari (gg. 6 all'anno) (b)

Malattia (Art. 17 CCNL) per

- motivi di salute (documentare con certificato medico) (c)
 prestazioni specialistiche (certificazione medica) (d)
 accertamento diagnostico (d)

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

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

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

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

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

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

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 carica pubblica elettiva

Permesso per funzione elettorale o per esercizio del voto

Permesso per donatori di sangue

Obblighi legali/civili

Altro caso previsto dalla normativa vigente: _____

Permesso breve il giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____ motivo _____ (e)

Cambio turno / giorno libero

sarà in servizio il (giorno e data)
anziché il giorno (giorno e data)
cambio con il/la collega
recupero ore a credito
recupero ore a debito
firma per accettazione (del/la collega)
motivo
firma per presa visione del capogruppo

Gatteo, _____

(firma del dipendente)

D

Il Dirigente Scolastico

VISTO: SI AUTORIZZA NON SI AUTORIZZA

Prof.ssa Imelda LAMBERTINI

- (a) Compilare la parte 1 sul retro, con firma per accettazione dei colleghi disponibili alla sostituzione
- (b) Compilare la parte 2 sul retro ad autocertificazione, specificando la motivazione della richiesta
- (c) Segnalare eventuali variazioni per reperibilità visita fiscale in parte 3 sul retro
- (d) 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 resosi necessario per la prestazione
- (e) I permessi vanno recuperati entro i due mesi successivi a quello della fruizione del medesimo, prioritariamente con riferimento alle supplenze

1) Sostituzioni effettuate dai colleghi

Data:

Ora	Classe	Docente in sostituzione	Firma
1 ^a			
2 ^a			
3 ^a			
4 ^a			
5 ^a			
mensa			
6 ^a			
7 ^a			
8 ^a			

Data:

Ora	Classe	Docente in sostituzione	Firma
1 ^a			
2 ^a			
3 ^a			
4 ^a			
5 ^a			
mensa			
6 ^a			
7 ^a			
8 ^a			

Data:

Ora	Classe	Docente in sostituzione	Firma
1 ^a			
2 ^a			
3 ^a			
4 ^a			
5 ^a			
mensa			
6 ^a			
7 ^a			
8 ^a			

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

Il/lasottoscritto/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:**

3) 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)