

Prot. n. _____ del _____

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL'ISTITUTO COMPRENSIVO DI CISERANO

Oggetto: **Richiesta di un periodo di assenza dal servizio PERSONALE A.T.A. a TEMPO DETERMINATO.**

Il/La sottoscritto/a _____

D.S.G.A. **ASSISTENTE AMMINISTRATIVO** **COLLABORATORE SCOLASTICO**

a **TEMPO DETERMINATO** presso la Scuola

PRIMARIA di _____ **SECONDARIA** di _____

COMUNICA / CHIEDE

UN'ASSENZA PER MALATTIA (art. 19 C.C.N.L. 29/11/2007 – D.L.112/2008 art. 71 – CIRC. N° 7 del 17/07/2008 e n° 8 del 4/9/2008)

dal _____ al _____ per giorni _____

Reperimento per visita fiscale: _____

A..S..L. di competenza n° _____ di _____

(Il personale assunto per l'intero anno o fino al termine delle attività didattiche ha diritto per il 1° mese di assenza alla retribuzione al 100%, per il 2° e 3° mese di assenza alla retribuzione al 50%, in seguito alla conservazione del posto senza assegni, fino a 9 mesi in un triennio scolastico)

(Il personale assunto dal Dirigente Scolastico con contratto a T.D. ha diritto, nei limiti della durata del Contratto, alla conservazione del posto per un periodo non superiore a 30 giorni annuali, retribuiti a 50%)

UN'ASSENZA PER DAY HOSPITAL – VISITA O ESAMI (art. 17 C.C.N.L. 29/11/2007 – D.L.112/2008 art. 71 – Circ. n° 7 del 17/07/2008 e n° 8 del 4/9/2008)

dal _____ al _____ per giorni _____

UN PERMESSO non RETRIBUITO (art. 19 C.C.N.L. 29/11/2007) (crociare la voce che interessa)

Per **PARTECIPAZIONE CONCORSO – ESAMI** (massimo gg.8 compreso eventuale viaggio) _____

dal _____ al _____ per giorni _____

MOTIVI PERSONALI - FAMILIARI (massimo gg. 3) _____

dal _____ al _____ per giorni _____

UN PERMESSO RETRIBUITO (art. 19 C.C.N.L. 29/11/2007) (crociare la voce che interessa)

LUTTO (massimo gg. 3 anche non continuativi) _____

dal _____ al _____ per giorni _____

MATRIMONIO (massimo gg.15 (consecutivi fruibili da una settimana prima a due mesi successivi al matrimonio stesso)

dal _____ al _____ per giorni _____

Il/La sottoscritto/a _____ In merito all'assenza sopra richiesta

allega alla presente:

N° 1 CERTIFICATO MEDICO

N° 1 CERTIFICAZIONE RELATIVA

N° 1 DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE (sotto indicata)

Data _____

(firma)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(Art. 46 del D.P.R. 445 del 28/12/2000 . Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari
In materia di documentazione amministrativa - G.U. n° 42 DEL 20/02/2001)

Il sottoscritto/a _____,

a conoscenza dell'art. 26 della legge 15/1968 e del 3° comma dell'art. 11 del D.P.R. 403/1998 in caso di dichiarazioni
false,

DICHIARA
che l'assenza sopra richiesta è stata inoltrata per il seguente motivo:

Data _____

(firma)

Visto: si esprime parere favorevole / non favorevole

IL D.S.G.A.
Dott. Sergio Nuzzolo



Il Dirigente Scolastico
Prof. Ing. **Ivano De Luca**