

**RICHIESTA DI CONGEDO**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, in qualità di \_\_\_\_\_

in servizio c/o codesto Istituto nel plesso di \_\_\_\_\_, con contratto a tempo:  IND.  DET.

CHIEDE alla S.V. di poter usufruire, per il periodo: dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

di complessivi N. GG.  per:

<b>FERIE</b> <input type="checkbox"/> A.S. CORRENTE <input type="checkbox"/> A.S. PRECEDENTE	<input type="checkbox"/> FESTIVITÀ SOPPRESSE	<input type="checkbox"/> PERMESSI LEGGE 104/92 N. gg. già fruiti nel mese: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
<b>PERMESSO RETRIBUITO <sup>(1)</sup></b> (art. 15 del CCNL 2006/09) per:	c.1: <input type="checkbox"/> CONCORSI/ESAMI (gg. 8 ad AS) c.2: <input type="checkbox"/> MOTIVI PERSONALI/FAMILIARI (gg. 3 ad AS) c.3: <input type="checkbox"/> MATRIMONIO (gg. 15 consecutivi) c.7: <input type="checkbox"/> ALTRO specificare: _____	<input type="checkbox"/> LUTTO (gg. 3 ad evento)
<b>MALATTIA <sup>(2)</sup></b> (art. 17 del CCNL 2006/09) per:	<input type="checkbox"/> MALATTIA certificato N. _____ <input type="checkbox"/> VISITA MEDICA/SPECIALISTICA <sup>(3)</sup> <input type="checkbox"/> DAY HOSPITAL/SURGERY <input type="checkbox"/> ALTRE CAUSE specificare: _____	<input type="checkbox"/> ESAMI DIAGNOSTICI <sup>(3)</sup> <input type="checkbox"/> RICOVERO OSPEDALIERO
<b>MATERNITÀ <sup>(2)</sup></b> (Legge 8 marzo 2000 n. 53) per:	<input type="checkbox"/> INTERDIZIONE per complicanze della gestazione <input type="checkbox"/> ASTENSIONE OBBLIGATORIA <input type="checkbox"/> ASTENSIONE FACOLTATIVA <input type="checkbox"/> ALTRE CAUSE specificare: _____	
<input type="checkbox"/> MALATTIA DEL FIGLIO/A: <input type="checkbox"/> CONGEDO PARENTALE per: _____ (cognome e nome) (data di nascita)	Indicare i dati anagrafici del figlio/a: _____	<b>ASPETTATIVA <sup>(1)</sup></b> (art. 18 del CCNL 2006/09): <input type="checkbox"/> FAMIGLIA <input type="checkbox"/> LAVORO <input type="checkbox"/> STUDIO
<input type="checkbox"/> PERMESSI DIRITTO ALLO STUDIO <sup>(1)</sup> indicare n. ore da fruire _____	<input type="checkbox"/> RECUPERO ORE ECCEDENTI/EXTRA indicare n. ore da fruire _____	<input type="checkbox"/> INFORTUNIO SUL LAVORO riferimenti _____
<input type="checkbox"/> ALTRI CONGEDI <sup>(1)</sup> specificare: _____ (previsti dalla normativa vigente)		

<sup>(1)</sup> - Allegare documentazione/dichiarazione giustificativa.

<sup>(2)</sup> - Allegare idonea certificazione medica.

<sup>(3)</sup> - Il dipendente dichiara l'impossibilità ad effettuare tale prestazione al di fuori del proprio orario di servizio.

Allega:

- 1) \_\_\_\_\_
- 2) \_\_\_\_\_
- 3) \_\_\_\_\_

Note: \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

VISTA l'istanza di cui sopra e la documentazione allegata:

SI CONCEDE  NON SI CONCEDE

IL DIRIGENTE SCOLASTICO  
Dott.ssa Giovanna Scala