Istituto Comprensivo "Eleonora Duse"

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

Il/la sottoscritto/a____

in servizio presso codesto Istituto in qualità di ______________________________________

con contratto a tempo ____________________________________
(indeterminato/determinato)

C H I E D E

alla S.V. di assentarsi per gg.________ dal _________________________ al _____________________ per:

❒ ferie *(ai sensi dell'art.* ***13*** *del C.C.N.L. Scuola 2006/2009)* ☐ a. s. precedente - ☐ a. s. corrente

❒ festività soppresse *(previste dalla legge 23/12/1977, n° 937)*

❒ recupero delle ore effettuate oltre l'orario d'obbligo

❒ permesso retribuito *(ai sensi dell'art.* ***15*** *del C.C.N.L. Scuola 2006/2009)* (Va autocertificato)

☐ concorsi/esami - ☐ motivi personali/familiari - ☐ lutto - ☐ matrimonio

❒ permesso **non** retribuito *(personale a tempo* ***determinato*** *ai sensi dell'art.* ***19*** *co 7, C.C.N.L. Scuola 2006/2009)*

☐ concorsi/esami (max 8 gg.) - ☐ motivi personali/familiari (max 6 gg.)

❒ aspettativa non retribuita per motivi di: *(ai sensi dell'art.* ***18*** *del C.C.N.L. Scuola 2006/2009)*

☐ famiglia - ☐ lavoro - ☐ personali - ☐ studio

❒ aspettativa non retribuita per motivi di: Art. 59 ruolo superiore

❒ malattia (*art.* ***17*** *C.C.N.L. Scuola 2006/2009 e art.* ***33*** *C.C.N.L. Scuola 2016/2018)*

☐ visita specialistica/terapia/esami diagnostici - ☐ ricovero ospedaliero - ☐ analisi cliniche - ☐ post ricovero

Durante il periodo di assenza il sottoscritto sarà domiciliato in ___________________________

Via ____n°__________

tel. ___________________________

Bari lì,_____________ Con Osservanza

____

^^

Vista la domanda,

☐ **SI CONCEDE**

☐ **NON SI CONCEDE**

Il Direttore S.G.A.
Dott.ssa Camilla CIVITA

____