# logo ambito.jpgISTITUTO COMPRENSIVO “*VIA RUGANTINO 91*” – ROMA

*Scuola dell’Infanzia – Primaria – Secondaria di Primo Grado*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Mod 1 PERSONALE** | Anno Scolastico  20\_\_/20\_\_ |  | ATA |  | DOCENTE SCUOLA |  | INFANZIA |
| Roma \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ |  | PRIMARIA |
|  | SECONDARIA DI PRIMO GRADO |
| OGGETTO: **Assenze a tempo determinato** | | | | | | | |

Al Dirigente Scolastico

dell’I.C. Via del Rugantino 91

Roma

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_ (Prov. \_\_\_) il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_

in servizio presso questa scuola in qualità di DOCENTE – PERSONALE A.T.A. con contratto a tempo determinato indeterminato / supplenza fino al temine delle attività didattiche / supplenza annuale / supplenza breve e saltuaria

***CHIEDE/COMUNICA ALLA S.V.***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Assenza per**: | | |  | **malattia** (art. 19 comma 3-4) |
|  | **visita specialistica alle ore: \_\_:\_\_** |
|  | **Ferie** (art. 19 comma 2: rapportati al periodo di servizio) | | | | |
|  | **Permessi retribuiti:** | | |  | (art.19 comma 12): gg.15 per matrimonio (1) |
|  | (art. 19 comma 9): gg. 3 per lutto (2) |
|  | **Permessi non retribuiti** :(art. 19 comma 7): | | |  | gg.8 per concorsi/esami |
|  | gg.6 max per motivi personali/familiari |
|  | **Permessi sindacali retribuiti** (art. 8 comma 1-2 CCNQ 1998): | | | | |
|  | **Congedo parentale**: |  | **art. 12 comma 4** Astensione facoltativa 6 mesi entro il 3°anno di età del bambino  (1° mese al 100% restanti al 30%) | | |
|  | **art. 12 comma 5** Malattia del bambino fino a tre anni d’età  (1°mese al 100% -per ogni anno d’età del bambino) | | |
|  | **art.12 comma 5** Malattia del bambino da 3 a 8 anni  (n. 5 gg. all’anno senza assegni) | | |
|  | **Festività soppresse**: (art. 19 in relazione al art.14): rapportate al periodo di servizio  Dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ | | | | |

Dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ n. gg.\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Per assenza malattia allega**: certificato medico, attestazione medica per visita specialistica, certificato per ricovero ospedaliero |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Permessi retribuiti motivazione** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (allega documentazione giustificativa) |

Durante il predetto periodo risiederà in \_\_\_\_\_\_\_ Tel.\_\_\_\_\_ Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Int.\_\_\_\_ sc. \_\_ Cap \_\_\_ ASL \_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| *BARRARE LA VOCE CHE INTERESSA*  *(1) Specificare*  *(2) Perdita del coniuge*  *di parenti entro il 2° grado e di affini di 1° grado* | Firma  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  La veridicità della firma è confermata dall’indirizzo della posta elettronica presente nell’anagrafica della segreteria digitale |

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*VISTO: Si autorizza*