

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO
dell'ISTITUTO COMPRENSIVO di FOLLINA E TARZO**

Il/La sottoscritto/a _____ in servizio presso questa Istituzione
scolastica sede di _____ in qualità di _____ a T.I. T.D.

CHIEDE DI POTER USUFRUIRE

dal _____ al _____ di complessivi mesi _____ giorni _____ per:

MALATTIA o VISITE SPECIALISTICHE		(art.17 CCNL - allegare documentazione e/o dich. personale)	
Specificare se:	DAY HOSPITAL	RICOVERO	
In caso di comunicazione INAIL dichiara che l'assenza:	è dovuta a causa di terzi	non è dovuta a causa di terzi	

PERSONALE A TEMPO INDETERMINATO

PERMESSO RETRIBUITO PER:		(allegare documentazione e/o dich. personale)	
Motivi personali/familiari	max gg.3	CCNL art.15 c. 2 – da comunicare al DS	
Partecipazione a concorso/esame	max gg.8	CCNL art.15 c. 1	
Ferie per motivi pers./familiari	max gg.6	CCNL art.15 c. 2 – da comunicare al DS – vedi Tabella sostituzioni	
Lutto (anche non continuativi)	max gg.3	CCNL art.15 c. 1	
Matrimonio (continuativi)	gg.15	CCNL art.15 c. 3	

Tabella sostituzioni (compilare in caso di richiesta **Ferie per motivi pers./fam.**, se non compilata il docente dovrà recuperare le ore richieste ¹):

Ora	Classe	Cognome e nome del sostituto	Ora	Classe	Cognome e nome del sostituto
1^			5^		
2^			6^		
3^			7^		
4^			8^		

PERSONALE A TEMPO DETERMINATO

PERMESSO NON RETRIBUITO PER:		(allegare documentazione e/o dich. personale)	
Motivi personali/familiari*	max gg.6	CCNL 2024 Art. 35 c. 12 e Art. 15 c. 2 – da comunicare al DS	
Partecipazione a concorso/esame	max gg.8	CCNL 2024 Art. 35 c. 14	

PERMESSO RETRIBUITO PER:		(allegare documentazione e/o dich. personale)	
Motivi personali/familiari**	max gg.3	CCNL 2024 Art. 35 c. 12 – da comunicare al DS	
Lutto (anche non continuativi)	max gg.3	CCNL 2024 Art. 35 c. 8	
Matrimonio (continuativi)	gg.15	CCNL 2024 Art. 35 c. 9	

* Solo docenti con contratto temporaneo
** Solo docenti con contratto al 30 giugno o 31 agosto

DONAZIONE SANGUE (LG. 4-5-90 n.107 art.13 e 14)

ASPETTATIVA PER FAMIGLIA O STUDIO (CCNL art.18 - allegare documentazione e/o dich.)

RECAPITO (indicare dove si può essere reperibili in caso di assenza, solo se diverso dal luogo di residenza abituale)

Via _____ CAP _____ Città _____ Tel. _____

Data _____

Firma _____

¹ Il richiedente si impegna a rilevare l'effettiva disponibilità dei docenti sostituiti assumendosene la responsabilità e sollevando la segreteria dall'onere della verifica.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

VISTA la richiesta di cui sopra, CONCEDE quanto richiesto.

Dispone Non dispone la visita fiscale.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO