



Il / la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  Assistente Amm.  Collaboratore Scol.  
 \_\_\_\_\_  Assistente Tecnico  
 cognome e nome

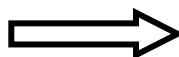
in servizio presso codesto Istituto nel corrente A.S. con contratto a tempo  indeterminato  determinato

chiede alla S.V. di poter usufruire per il periodo:

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

Ferie

- relative al corrente A.S.
- relative al precedente A.S.
- con sostituzione colleghi  
(solo per docenti)



I ORA Doc. \_\_\_\_\_  
 II ORA Doc. \_\_\_\_\_  
 III ORA Doc. \_\_\_\_\_  
 IV ORA Doc. \_\_\_\_\_  
 V ORA Doc. \_\_\_\_\_  
 VI ORA Doc. \_\_\_\_\_

recupero festività sopresse

permesso retribuito per (\*)

(art.35 del C.C.N.L. 2019-21)

- partecipazione a concorso/esame
- lutto familiare
- motivi personali / familiari
- matrimonio
- art.33 L.104/92 (art.68 C.C.N.L. 2019-21)
- diritto allo studio: n. ore \_\_\_\_\_
- frequenza al corso  preparazione esame  partecipazione esame
- formazione - aggiornamento

congedo per gravi patologie

malattia – visita medica oraria art 69 c.c.n.l. 19-21 (\*\*)

malattia – visita medica (\*\*)

maternità

- interdizione per gravi complicanze della gestazione (\*\*) ( art.17 comma 2D.L.151/2001)
- congedo maternità ( D.L.151 del 26/03/2001 art. 12)(\*\*)
- congedo per malattia del figlio ( D.L.151 del 26/03/2001 art. 19)(\*\*)  
allegare dichiarazione del coniuge - ALLEGATO A
- congedo parentale ( D.L.151 del 26/03/2001)-allegare dichiarazione del coniuge ALLEGATO B

nome figlio/a: \_\_\_\_\_ data di nascita: \_\_\_\_\_

aspettativa per motivi di famiglia / studio (\*)

permesso non retribuito per \_\_\_\_\_ (\*)

altro caso previsto dalla normativa vigente: \_\_\_\_\_ (\*)

In caso di richiesta art 33 L. 104 / 92  Dichiaro che il permesso è richiesto per me stesso

Dichiaro che il permesso è richiesto per assistenza al parente \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_

Dichiaro che il familiare / affine con handicap in situazione di gravità non è ricoverato a tempo pieno

Autodichiarazione ai sensi del D.P.R. n° 445 12/2000: \_\_\_\_\_

Il sottoscritto dichiara che nel predetto periodo sarà reperibile al seguente indirizzo:

\_\_\_\_\_

(località, via o piazza, n.ro civico, n.ro di telefono)

Costigliole d'Asti, \_\_\_\_\_

Firma del dipendente

\_\_\_\_\_

(\*) allegare documentazione giustificativa

(\*\*) allegare certificazione medica

Il Direttore S.G.A.  
Dott. CARMELO UTANO

Il Dirigente Scolastico  
Prof. CLAUDIO THOUX