



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

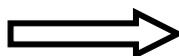
in servizio presso codesto Istituto nel corrente A.S. con contratto a tempo indeterminato determinato

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