

Oggetto: richiesta di congedo

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
(Cognome e Nome) \_\_\_\_\_ (qualifica)

in servizio presso codesto Istituto nel corrente A. S. \_\_\_\_\_ con contratto a tempo  DETERMINATO  INDETERMINATO  
(contrassegnare la voce di interesse)

**CHIEDE**

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

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ e dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per complessivi n. \_\_\_\_\_ giorni per:

<input type="checkbox"/> FERIE (art. 13CCNL)	- relative al CORRENTE A. S. _____ - maturate e non godute nel PRECEDENTE A. S. _____
<input type="checkbox"/> FESTIVITA' SOPPRESSE (Legge 23/12/1977, n. 937)	
<input type="checkbox"/> RECUPERO (riposo compensativo)	<input type="checkbox"/> PERMESSO BREVE dalle ore ..... alle ore ..... tot. = _____
<input type="checkbox"/> PERMESSO RETRIBUITO (art. 15 CCNL) (*) per:	<input type="checkbox"/> partecipazione a concorso/esame (*) <input type="checkbox"/> per lutto familiare <input type="checkbox"/> motivi familiari/personali (*) <input type="checkbox"/> matrimonio
<input type="checkbox"/> MATERNITA' (specificare ---->)	<input type="checkbox"/> interdizione per gravi complicanze della gestazione (**) <input type="checkbox"/> astensione obbligatoria (**) <input type="checkbox"/> astensione facoltativa (L. 1204/71, art. 7 comma 1°) (*) <input type="checkbox"/> astensione facoltativa (L. 1204/71, art. 7 comma 2°) (**)
<input type="checkbox"/> MALATTIA (art. 17 CCNL) (**) (specificare ---->)	<input type="checkbox"/> malattia ordinaria <input type="checkbox"/> visita specialistica / analisi cliniche <input type="checkbox"/> ricovero ospedaliero <input type="checkbox"/> in cura per gravi patologie <input type="checkbox"/> infortunio sul lavoro (art. 20 CCNL)
<input type="checkbox"/> ASPETTATIVA per motivi di famiglia/studio (*)	
<input type="checkbox"/> PERMESSI Legge 104/92	
<input type="checkbox"/> Altro caso previsto dalla normativa vigente (*)	Specificare: _____

► Il/La sottoscritto/a dichiara che nel predetto periodo sarà reperibile al seguente indirizzo:

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

Ariano Irpino, \_\_\_\_\_  
(data)

\_\_\_\_\_ (firma del dipendente)

(\*) allegare documentazione giustificativa o dichiarazione in autocertificazione.

(\*\*) allegare certificazione medica.

RISERVATO ALLA SEGRETERIA	
Comunicazione pervenuta in data _____ alle ore _____ a mezzo _____	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div>
<input type="checkbox"/> Documentazione giustificativa allegata: _____	
<input type="checkbox"/> Certificazione medica allegata: _____	
(L'assistente amministrativo addetto)	

PARERE DEL D.S.G.A (solo per il personale ATA) e del DIRIGENTE SCOLASTICO	
Note: _____	
Per il solo personale ATA	Per il solo personale Docente, VISTO:
<input type="checkbox"/> si autorizza	<input type="checkbox"/> si concede
<input type="checkbox"/> non si autorizza	<input type="checkbox"/> non si concede
Il D.S.G.A dott.ssa Maria Abruzzese _____	Il Dirigente Scolastico prof. Marco de Prospo _____