

MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITÀ E DELLA RICERCA
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO
I.C. CENA - Latina

Il/La sottoscritto/a _____ dipendente di

codesto Istituto in qualità di _____
Doc. Infanzia – Doc. Primaria – Doc. Sec. I grado – DSGA – Assistente Amm.vo – Collab. Scolastico

con contratto a: Tempo Determinato Tempo Indeterminato per l'a.s. _____

chiede di potersi assentare dal _____ al _____ per complessivi gg. _____ per il seguente motivo:

Assenza Per Malattia ⁽¹⁾ (ai sensi del C.C.N.L. 2007)

Visita Specialistica ⁽¹⁾ **Ricovero Ospedaliero** ⁽¹⁾ **Day Hospital** ⁽¹⁾

Legge 104/92: Permesso acc.re handicap Permesso Portatore Handicap

Motivi familiari e/o personali: (motivazione assenza) _____

Permesso Retribuito ⁽¹⁾ per: **Concorsi** **Esami** **Lutto** **Congedo Matrimoniale**

Permesso Diritto allo Studio ⁽¹⁾ (150 ore): dalle ore _____ alle ore _____ Totali _____

Aspettativa per motivi di Famiglia/Studio ⁽²⁾: _____

Ferie (ai sensi del C.C.N.L. 2007): a.s. precedente a.s. corrente

Recupero ore già prestate il _____

Altro caso previsto dalla normativa vigente: _____

Latina, _____

Firma del dipendente

PROTOCOLLO

Visto per il Personale A.T.A.
Il DSGA Dott. Andrea Rustici

<input type="checkbox"/> Si Autorizza/Decreta l'assenza ricorrendone i requisiti secondo le vigenti disposizioni di legge.
<input type="checkbox"/> Non si concede per il seguente motivo: _____
Il Dirigente Scolastico Prof. Luigi Orefice

(1) allegare certificazione

(2) allegare autocertificazione