



ISTITUTO COMPRENSIVO "SAN GIROLAMO" VENEZIA
Venezia, Cannaregio 3022/A, CAP 30121 Tel. 041 717336 – fax 041 721789
e – mail VEIC84200T@istruzione.it PEC VEIC84200T@pec.istruzione.it
Codice Scuola VEIC84200T Codice Fiscale 94071400272
Codice Univoco Ufficio: UF0I22

Com. Comune 81

Venezia, 21/01/2020

A tutti i Docenti e Personale Ata
IC San Girolamo

Si invia in allegato la modulistica da utilizzare per formulare richiesta di fruizione di giorni, permessi e varie per come prevista dalla normativa vigente.

Si evidenzia che, la trasmissione delle richieste alla Segreteria dovrà pervenire **solo ed esclusivamente** a mezzo mail all'indirizzo di posta istituzionale: VEIC84200T@istruzione.it.

La modulistica è reperibile anche sul sito dell'Istituto Comprensivo San Girolamo al seguente link <https://www.icsangirolamovenezia.edu.it/index.php/modulistica>

Il Dirigente Scolastico
Dott.ssa Barbara Bernardone

Firma autografa omessa ai sensi dell'art. 3 del D.Lgs. n. 39/1993

DOCENTI

Il / La sottoscritt _____ qualifica Docente _____

a tempo Indeterminato/Determinato in servizio presso questo Istituto, chiede di poter usufruire di giorni: _____

dal _____ al _____

<input type="checkbox"/> Assenza per malattia*	<input type="checkbox"/> Aspettativa per motivi di famiglia (non retribuita)
<input type="checkbox"/> Ferie a.s. _____**(6 gg. per a.s)	<input type="checkbox"/> Aspettativa per motivi di studio (non retribuita)
<input type="checkbox"/> Festività sopresse**	<input type="checkbox"/> Partecipazione corsi di formazione/aggiornamento (art.64 del CCNL Scuola 2006/2009)
<input type="checkbox"/> Assenza per infortunio	<input type="checkbox"/> Partecipazione concorsi/esami** (art. 15 c.1 CCNL 2007) (8 gg. per a.s)
<input type="checkbox"/> Assenze Legge 104** (Art. 33 della Legge 5/2/1992, n. 104 ,come modificato dall'art. 21 del D.L. 27/8/1993 , n. 324 , convertito con modificazioni in Legge 27/10/1993, n. 423 , nonché dall'art. 3 comma 38, della Legge 24/12/1993, n. 537 e dall'art. 20 della legge 8/3/2000 , n. 53)	<input type="checkbox"/> Motivi personali e/o familiari ** (art. 19 c. 2 CCNL 2007) (3 gg. per a.s) DA AUTOCERTIFICARE
<input type="checkbox"/> Recupero ore eccedenti per straordinario n° _____	<input type="checkbox"/> Lutto (art. 15 del CCNL 29/11/2007) (3 gg. per evento)
<input type="checkbox"/> Ore eccedenti per contratto 35 ore art. 55	<input type="checkbox"/> Matrimonio (15 gg.)
<input type="checkbox"/> Congedi parentali (TU 151/2001 – D.lvo 115/2003)	<input type="checkbox"/> Assenza per componenti seggi elettorali
<input type="checkbox"/> Astensione obbligatoria (TU 151/2001 – D.lvo 115/2003)	<input type="checkbox"/> Donazione del sangue (L. del 13.07.1967 n. 584 e art.15, c. 7 CCNL 2007)
<input type="checkbox"/> Corso di aggiornamento	<input type="checkbox"/> Altro
<input type="checkbox"/> Permesso per diritto allo studio/150 ore	<input type="checkbox"/> Permesso breve per il giorno _____
<input type="checkbox"/> Testimonianza cause civili e/o penali	
<input type="checkbox"/> Riunione convegni sindacali	dalle ore _____ alle ore _____

Dichiarazione (ai sensi del DPR 445/2000):

* **visite specialistiche, terapie, esami diagnostici, ecc.** ai sensi art. 55 septies, comma 5 ter, D.LGS 165/2001 e circ. FP 2/2014

Si allega/allegherà alla presente: _____

**Dichiara inoltre che nell 'a.s. in corso dall'inizio delle attività didattiche ha già usufruito di giorni _____

di: ferie, festività sopresse, L.104, concorsi, motivi personali/familiari.

Venezia,

Firma

Firma del Coordinatore di Plesso per presa visione

Si autorizza / Non si autorizza

Il Dirigente Scolastico
Dott.ssa Barbara Bernardone

Oggetto: COMUNICAZIONE CAMBIO TURNO SCUOLA DELL'INFANZIA/PRIMARIA/S.S. 1° gr.

La sottoscritta, docente a T.I. T.D.

Presso il plessodi codesto ISTITUTO, con la presente

CHIEDE

di poter effettuare un cambio turno di servizio con la collega Ins.....

che sottoscrive tale dichiarazione, il giorno / / / per motivi personali altro, specificare

.....
.....
.....

Il nuovo turno di servizio verrà effettuato secondo la variazione schematizzata di seguito:

INSEGNANTE IN SERVIZIO ANTIMERIDIANO	dalle ore	alle ore

INSEGNANTE IN SERVIZIO POMERIDIANO	dalle ore	alle ore

Ins. richiedente.....
Ins. che sostituisce.....

Venezia, / /

Firma del coordinatore di plesso per presa visione

**Il Dirigente Scolastico
Dott.ssa Barbara Bernardone**

Visto:

Si concede
 Non si concede