

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/allegnerà 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 Maria Rosaria Cesari

| |
|--|
| <p><input type="checkbox"/> Si autorizza / <input type="checkbox"/> Non si autorizza</p> <p>Il Dirigente Scolastico Dott.ssa Maria Rosaria Cesari</p> |
|--|