

Oggetto: richiesta congedo personale docente

Il /la sottoscritto/a _____, insegnante di scuola dell'infanzia/primaria in servizio presso codesta Istituzione scolastica nel corrente a. s. con contratto a tempo determinato/indeterminato

CHIEDE

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

dal _____ al _____ per complessivi n. _____ giorni di:

<input type="checkbox"/> ferie (art. 13 ccnl 2006/07)	<input type="checkbox"/> relative al corrente a.s.
<input type="checkbox"/> festività sopresse (art. 14 ccnl 2006/07)	
<input type="checkbox"/> permesso retribuito per : *	<input type="checkbox"/> partecipazione a concorso/esame (art.15 c.1 ccnl 06/07) <input type="checkbox"/> lutto familiare (art.15 c.1 ccnl 06/07); <input type="checkbox"/> motivi familiari/personali (art.15 c.2 ccnl 06/07) <input type="checkbox"/> Visita medica/terapia/accertamento diagnostico <input type="checkbox"/> matrimonio.
<input type="checkbox"/> permesso NON retribuito (solo per il personale con contratto a tempo determinato) art. 19 ccnl 06/07 per : *	
<input type="checkbox"/> maternità	<input type="checkbox"/> interdizione per gravi complic. della gestazione (**) <input type="checkbox"/> astensione obbligatoria (**) <input type="checkbox"/> astensione facolt. (L.1204/71,art. 7 comma 1°) (*) <input type="checkbox"/> astensione facolt. (L.1204/71,art. 7 comma 2°) (**)
<input type="checkbox"/> malattia (art. 17 ccnl 06/07)**	<i>(soggetta a visita fiscale e trattenuta degli accessori fino ad un max di 10gg per evento)</i>
<input type="checkbox"/> malattia per visita medica/ terapia/ accertamento diagnostico (art. 17 ccnl 06/07) ove ne sussistano le condizioni <i>(soggetta a trattenuta degli accessori fino ad un max di 10gg per evento.</i>	Allega copia prescrizione medica; oppure in alternativa n. della prescrizione medica: _____ data prescrizione: _____ numero del timbro del medico che ha effettuato la prescrizione: _____ Allegherà al rientro certificazione rilasciata dalla struttura sanitaria che ha erogato la prestazione <i>Dichiara inoltre, sotto la propria responsabilità, ai sensi della legge 15/1968 e DPR 445/2000, consapevole delle conseguenze penali derivanti da dichiarazioni mendaci, che la visita/terapia/accertamento non poteva essere effettuata/i in orario non di servizio.</i>
<input type="checkbox"/> aspettativa per motivi di famiglia/personali/studio	Art. 18 ccnl 06/07
<input type="checkbox"/> altro caso (specificare)	

Orario di servizio primo giorno di assenza: _____

Il /la sottoscritto/a dichiara che nel predetto periodo sarà reperibile al seguente indirizzo:
via/piazza _____ n. ___ località _____ tel. _____

Rosignano Marittimo, li _____

Firma

(*) allega/allegherà documentazione giustificativa

(**) allega/allegherà certificazione medica

Spazio riservato all'Ufficio di Direzione	
<input type="checkbox"/> si concede <input type="checkbox"/> non si concede con le seguenti motivazioni: _____ _____	
Data _____	Il Dirigente scolastico Prof.ssa Daniela Mancini _____