

La/Il sottoscritta/o _____ (Tel. n. _____)
nata/o a _____ il _____ domiciliato/a in _____
alla via _____ in servizio presso Codesta Istituzione Scolastica sede di _____
in qualità di: _____

DOCENTE di: Scuola Infanzia T.I. T.D.
 Scuola Primaria T.I. T.D.

PERSONALE A.T.A. con la qualifica di _____ T.I. T.D.

CHIEDE

gg _____	Art. 14 CCNL 2002/2005 24/07/2003 Festività Soppresse da fruire nel corso dell'anno scolastico cui si riferisce	dal _____	al _____
gg _____	FERIE anno precedente _____	dal _____	al _____
gg _____	Art. 13 CCNL 2007 FERIE A.S. _____	dal _____	al _____
gg _____	Art. 17 CCNL 2007 <input type="checkbox"/> ASSENZA PER MALATTIA <input type="checkbox"/> RICOVERO OSPEDALIERO	dal _____	al _____
gg _____	VISITA SPECIALISTICA c/o _____ si allega certificazione	dal _____	al _____
gg _____	Art. 15 CCNL 2007 PERMESSO <input type="checkbox"/> RETRIBUITO <input type="checkbox"/> NON RETRIBUITO <input type="checkbox"/> famiglia <input type="checkbox"/> personali <input type="checkbox"/> altro Permessi erogati a domanda da presentarsi al Dirigente Scolastico	dal _____	al _____
gg _____	LEGGE 104/92 mese di _____ <input type="checkbox"/> personale <input type="checkbox"/> assistito _____ non ricoverato a tempo pieno nel/i giorno/i di permesso richiesto/i	dal _____	al _____
ore _____	DIRITTO ALLO STUDIO (art. 3 D.P.R. 395/1988) Anno _____ 150 ore di cui ore _____ già utilizzate (si allega certificazione)	dal _____	al _____
gg _____	ALTRO _____ si allega eventuale autocertificazione	dal _____	al _____

N.B. compilare tutte le voci che interessano

Fasano _____

Firma _____

Visto: si concede
 non si concede

II DIRETTORE S.G.A.
Vita CASTAGNERI

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Dott.ssa Maria Blonda